



Alexandra Mamede

DOR CRÓNICA LOMBAR

Incapacidade auto-reportada em trabalhadores das IPSS de Arronches e sua relação com factores psicossociais e intensidade da dor

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia
Relatório de Projecto de Investigação

Abril 2011

Relatório do Projecto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas realizado sob a orientação científica do Doutor Eduardo Cruz.

DECLARAÇÕES

Declaro que este Relatório de Projecto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, de de

Declaro que este Relatório de Projecto de Investigação se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

O(A) orientador(a),

Setúbal, de de

AGRADECIMENTOS

Ao professor Eduardo Cruz como orientador metodológico e temático deste trabalho, que se mostrou sempre disponível e pelos conhecimentos que transmitidos ao longo deste trabalho.

Ao meu colega Carlos Rodrigues pela participação na elaboração do questionário caracterização, levantamento de factores de risco e impacto associados à dor crónica lombar, pela partilha de conhecimentos e opiniões na concretização deste trabalho.

À direcção das instituições, Santa Casa da Misericórdia e Centro de Bem Estar Social de Arronches, envolvidas neste estudo, por terem autorizado a realização do estudo e por todo o apoio cedido.

À Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Arronches Deolinda Pinto e aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e coragem dados e pelo esforço realizado ao nível da flexibilização de horários, sem o qual, teria sido impossível finalizar atempadamente este trabalho.

Agradeço ao meu namorado, aos meus pais e amigos a atenção e apoio que tiveram para comigo durante a execução deste trabalho.

Aos provedores da Santa Casa da Misericórdia do Crato e Monforte, pela autorização da realização de um pré teste nestas instituições.

A todos os indivíduos que aceitaram participar neste estudo, pois sem eles este trabalho não seria possível.

RESUMO

Título do trabalho de projecto: Dor Crónica Lombar - Incapacidade auto-reportada em trabalhadores das IPSS de Arronches e sua relação com factores psicossociais e intensidade da dor.

Autora: Alexandra Mamede

Palavras Chave: Dor Crónica Lombar, Incapacidade funcional auto-reportada e Factores psicossociais.

Introdução: Vários estudos realizados sugerem que os factores *psicossociais* (nível de satisfação laboral; nível educacional; a catastrofização da dor e crenças de medo-evitamento) têm um importante papel como factores associados ao desenvolvimento de cronicidade da DL (Krismer & van Tulder, 2007; Kwon et al., 2006; Leclerc et al., 2009; Pincus, Santos, Breen, Burton e Underwood., 2008.) **Objectivo:** Analisar a associação entre as variáveis catastrofização da dor, crenças de medo-evitamento da dor e intensidade da dor com a incapacidade funcional auto-reportada, numa amostra de indivíduos com DCL. **Metodologia:** A população alvo foi constituída por 160 funcionários da Santa Casa da Misericórdia e Centro de Bem Estar Social de Arronches. Integraram a amostra 133 funcionários que se disponibilizaram a responder aos diferentes instrumentos de avaliação utilizados (“Roland–Morris Disability Questionnaire”(RMQ); “ Questionário de Caracterização e Levantamento de Factores de Risco e Impacto associado à DCL”; “*Pain Catastrophizing Scale*” (PCS) e o “Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire” (FABQ). A recolha de dados realizou-se entre Agosto e Novembro de 2010. **Resultados:** Neste estudo, verificou-se que 39,1 % dos indivíduos referiam DCL não específica. Relativamente à incapacidade funcional auto-reportada, obteve-se um *score* médio 5,87 no RMQ. Obteve-se um valor de $rs=0,425, p<0,01$, para a associação entre a catastrofização da dor e incapacidade. Relativamente à associação entre crenças de medo-evitamento, sub-escala actividade física e incapacidade, foi obtido o valor de $rs= 0,074$ e para a associação entre as crenças de medo-evitamento, sub-escala trabalho e incapacidade, verificou-se $rs=0,422, p<0,01$. No que respeita à associação entre percepção da intensidade dor actual e a incapacidade, obteve-se um valor $rs= 0,177$ e a associação entre a dor percebida em 2009 e incapacidade, aferiu um resultado de $rs=0,291, p<0,05$. **Conclusão:** Concluímos que existe uma associação moderada entre catastrofização da dor e a incapacidade funcional auto-reportada, e também entre crenças de medo-evitamento relativamente ao trabalho e a incapacidade funcional auto-reportada. Relativamente à associação entre a dor percebida em 2009 e a incapacidade funcional auto-reportada a associação é baixa. Não sendo encontrada associação entre crenças de medo-evitamento relativamente à actividade física e a incapacidade funcional auto-reportada, nem para a associação entre percepção da intensidade da dor actual e a incapacidade. Esta pesquisa contribuiu assim, para dar a conhecer factores relevantes avaliar em indivíduos com DCL, podendo a sua modificação contribuir para a prevenir maiores níveis de incapacidade funcional ou melhorar a efectividade do tratamento utilizado.

ABSTRACT

Project work title: Chronic Low Back Pain- reported disability in worker of Arronches IPSS and its relation to psychosocial factors and pain intensity.

Author: Alexandra Mamede

Keywords: Chronic Low Back Pain; self-reported functional disability and psychosocial factors.

Introduction: Several studies suggest that psychosocial factors (level of job satisfaction, education level, and the pain catastrophizing and fear-avoidance beliefs) have an important role as factors associated with development of chronicity LBP (Krisma & van Tulder, 2007 ; Kwon et al., 2006, Leclerc et al. 2009; Pincus, Santos, Breen, Burton and Underwood., 2008.) **Objective:** To assess the association between the variables of pain catastrophizing, fear-avoidance beliefs, pain, intensity pain and self-reported functional disability in a sample of people with chronic LBP. **Methodology:** The study consisted of 160 employees of the Santa Casa da Misericórdia and Centro de Bem Estar Social of Arronches. Integrated sample of 133 employees who agreed to respond to different assessment tools used (Roland-Morris Disability Questionnaire (RMQ), "Questionnaire Survey of Characterization and Risk Factors and Impact associated with the DCL," "Pain Catastrophizing Scale(PCS) and "Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). Data collection took place between August and November 2010. **Results:** In this study, it was found that 39.1% of subjects reported no specific chronic LBP. For the self-reported functional disability, we obtained a medium score of 5.87 on the RMQ. We obtained a value of $r_s = 0.425$, $p < 0.01$, for the association between catastrophizing in pain and disability. Regarding the association between fear-avoidance beliefs, sub-scale physical activity and disability, was obtained a value of $r_s = 0.074$ and for the association between fear-avoidance beliefs, sub-scale work and disability, there was $r_s = 0.422$, $p < 0.01$. Regarding the association between perceived pain intensity and pain disability present we obtained a value $r_s = 0.177$ association between pain and perceived disability in 2009 and measured an outcome of $r_s = 0.291$, $p < 0.05$. **Conclusion:** That there is a moderate association between catastrophizing and pain self-reported functional disability, and also between fear-avoidance beliefs in relation to employment and self-reported functional disability. Regarding the association between pain and perceived disability in 2009 self-reported the association is low. Not being an association between fear-avoidance beliefs for physical activity and self-reported functional disability, or for the association between perception of current pain intensity and disability. This research contributed so, to disclose relevant factors evaluate in individuals with chronic LBP, its modification may help to prevent higher levels of functional disability or improve the effectiveness of treatment used.

ÍNDICE GERAL

	PAG.
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. REVISÃO DA LITERATURA.....	4
2.1DOR , DOR LOMBAR E DOR CRÓNICA LOMBAR.....	4
2.2EPIDEMIOLOGIA DA DOR CRÓNICA LOMBAR.....	6
2.3FACTORES DE RISCO/PROGNÓSTICOS PARA DESENVOLVEREM DOR CRÓNICA LOMBAR.....	8
2.3.1FACTORES PESSOAIS.....	9
2.3.2FACTORES OCUPACIONAIS.....	12
2.3.3 FACTORES PSICOSSOCIAIS.....	15
2.4 MODELO DE CRENÇAS MEDO-EVITAMENTO.....	18
III. METODOLOGIA.....	22
3.1 IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES EM INVESTIGAÇÃO E FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES.....	22
3.2 VARIÁVEIS.....	23
3.3 TIPO DE ESTUDO.....	25
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
3.5 PROCEDIMENTOS.....	26
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
3.7 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	28
3.7.1 “ Questionário de Caracterização e Levantamento de Factores de Risco e Impacto associado à DCL”.....	29
3.7.2 “ Roland–Morris disability Questionnaire”.....	33
3.7.3 “ <i>Pain Catastrophing Scale</i> ” (PCS).....	34
3.7.4. “Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire”(FABQ).....	36

3.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	38
IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	40
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	40
4.2 TESTE DAS HIPÓTESES.....	45
V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
VI. CONCLUSÃO.....	62
VII. BIBLIOGRAFIA.....	65
APÊNDICES.....	74
APÊNDICE 1.....	75
APÊNDICE 2.....	78
APÊNDICE 3.....	79
APÊNDICE 4.....	86
APÊNDICE 5.....	93
APÊNDICE 6.....	98
APÊNDICE 7.....	100
APÊNDICE 8.....	105
APÊNDICE 9.....	106
APÊNDICE 10.....	108
APÊNDICE 11.....	110
APÊNDICE 12.....	111
APÊNDICE 13.....	112
APÊNDICE 14.....	115
APÊNDICE 15.....	117
APÊNDICE 16.....	119
APÊNDICE 17.....	121
ANEXOS.....	123
ANEXO 1.....	124
ANEXO 2.....	125
ANEXO 3.....	126

ÍNDICE DE FIGURAS

	PAG.
Figura 1- Percurso da DL (adaptado de van Tulder, Koes & Bombardier, 2002).....	5
Figura 2- Modelo “medo-evitamento”(adaptado de Vlaeyen & Linton, 2000).....	19
Figura 3- Modelo “medo-evitamento ”com o papel da auto-eficácia (adaptado de Woby, Urmston & Watson, 2007).....	20
Figura 4- Procedimentos.....	27
Figura 5- Prevalência da DCL.....	40

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela1- Factores de ocorrência e de cronicidade da DL (adaptado de van Tulder et al., 2002).....	9
Tabela 2- Classificação das variáveis de caracterização e níveis de mensuração.....	23
Tabela 3- Variáveis em estudo e níveis de mensuração.....	24
Tabela 4- Quadro de fundamentação do “Questionário de caracterização e levantamento de factores de risco associados à dor lombar crónica”... ..	29
Tabela 5- Caracterização da amostra segundo as variáveis pessoais	41
Tabela 6- Caracterização da amostra segundo as variáveis ocupacionais.....	42
Tabela 7- Caracterização da amostra segundo as variáveis psicossociais.....	43
Tabela 8- Incapacidade funcional auto-reportada, pelos participantes.....	44
Tabela 9- Normalidade das variáveis em estudo incapacidade e catastrofização da dor.....	45
Tabela 10- Associação entre a catastrofização da dor e o nível de incapacidade funcional auto-reportada.....	46
Tabela 11- Normalidade das variáveis em estudo incapacidade e crenças de medo-evitamento, relativas à actividade física.....	47
Tabela 12- Associação entre as crenças de medo-evitamento, relativas à actividade física e o nível de incapacidade funcional auto-reportada.....	48
Tabela 13- Normalidade das variáveis em estudo incapacidade e crenças de medo-evitamento, relativas ao trabalho.....	48
Tabela 14- Associação entre as crenças de medo-evitamento, relativas ao	

trabalho e o nível de incapacidade funcional auto-reportada.....	49
Tabela 15- Normalidade das variáveis em estudo incapacidade e intensidade da dor actual.....	50
Tabela 16- Associação entre intensidade da dor actual e o nível de incapacidade funcional auto-reportada.....	50
Tabela 17- Associação entre intensidade da dor em 2009 e o nível de incapacidade funcional auto-reportada.....	51

ABREVIATURAS

DCL Dor Crónica Lombar

DL Dor Lombar

IMC Índice de Massa Corporal

IPSS Instituição Particular de Solidariedade Social

INE Instituto Nacional de Estatística

I. INTRODUÇÃO

Dados epidemiológicos, demonstram que, 70 a 85% dos indivíduos terão pelo menos um episódio de DL ao longo da sua vida (Andersson, 1999) e destes, cerca de 6 a 10%, desenvolverá DCL com elevados níveis de incapacidade funcional associada (Waddell, 2004; Main, 1999).

A *prevalência* da DCL, tem vindo a aumentar nas últimas décadas. Em Portugal, segundo um estudo realizado pela “*Pain Proposal*” sobre a dor crónica em Portugal, a causa principal de dor crónica, são as lombalgias que atingem 40% dos indivíduos. Este estudo, demonstrou ainda que aproximadamente 50% dos indivíduos com dor crónica referem que a dor afecta de forma moderada ou grave as suas actividades domésticas e laborais, 4% perderam o emprego, 13% obtiveram reforma antecipada e a 17% foi feito o diagnóstico de depressão. No que respeita ao impacto económico, estima-se que os indivíduos com dor crónica têm em média 14 dias de baixa por ano, o que representa mais de 290 milhões de euros por ano de custos salariais, suportados pela Segurança Social (Castro-Lopes, Saramago, Romão e Paiva., 2010).

Com base nos dados acima descritos, a DCL não “específica” é um problema que tem vindo a aumentar e que acarreta um grande impacto profissional, social e económico. Devido a estes factos, vários estudos têm sido realizados para identificar precocemente os indivíduos em risco de desenvolverem cronicidade, de forma a desenvolverem estratégias para diminuir o impacto que esta acarreta.

Na perspectiva de compreender melhor a DCL e de minimizar as suas consequências, têm sido realizados diversos estudos que têm considerado os factores *psicossociais* (nível de satisfação laboral; nível educacional; a catastrofização da dor e crenças de medo-evitamento) como factores associados ao desenvolvimento da cronicidade da DL (Krismer & van Tulder, 2007; Kwon et al., 2006; Leclerc et al., 2009; Pincus, Santos, Breen, Burton e Underwood., 2008). Outros factores, tais como os factores pessoais (idade; género; IMC) e ocupacionais (profissão; posturas mantidas, cargas mobilizadas), tem sido igualmente estudados, no entanto, não é consensual qual o seu papel como

factor associado ao desenvolvimento da cronicidade da DL, sendo mais consensual a sua importância como factores de risco para a ocorrência de DL.

Apesar de existirem vários estudos sobre esta temática noutros países, em Portugal ainda são poucos os estudos existentes, pelo que o presente estudo, pretende dar um contributo sobre a relação entre incapacidade funcional auto-reportada e os factores psicossociais, em funcionários das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) de Arronches .

No âmbito deste trabalho de investigação, propomo-nos a realizar um estudo observacional, transversal, tendo como principal objectivo analisar a **associação entre as variáveis catastrofização da dor, crenças de medo-evitamento e intensidade da dor com a incapacidade funcional auto-reportada, numa amostra de indivíduos com DCL não específica, funcionários de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) de Arronches.**

A população alvo deste estudo foi constituída por 160 funcionários da Santa Casa da Misericórdia e Centro de Bem Estar Social de Arronches. Integraram a amostra 133 funcionários que se disponibilizaram a responder aos diferentes instrumentos de avaliação utilizados (“*Roland–Morris Disability Questionnaire*”(RMQ); “ Questionário de Caracterização e Levantamento de Factores de Risco e Impacto associado à DCL”; “*Pain Catastrophing Scale*” (PCS) e o “*Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire*” (FABQ). A recolha de dados realizou-se entre Agosto e Novembro de 2010.

Espera-se que no final do estudo este constitua um contributo para identificar tão cedo quanto possível, quais os indivíduos que se encontram em risco de desenvolver níveis superiores de incapacidade, considerando todas as consequências a nível económico, social e familiar. Deste modo, o presente estudo poderá ser uma mais valia para a entidade empregadora e principalmente para o indivíduo, pois perante os resultados do estudo, as instituições envolvidas poderão realizar programas de prevenção da DCL.

No capítulo revisão da literatura, serão abordados alguns conceitos centrais sobre a dor, dor lombar bem como a controvérsia existente com a actual definição de dor lombar crónica. Serão igualmente apresentados dados epidemiológicos que evidenciam a dimensão e impacto da dor lombar crónica. Neste encadeamento, torna-se importante compreender quais os factores que levam a que alguns indivíduos desenvolvam DL, e quais os factores relacionados com a cronicidade da DL. Por fim, na perspectiva de proporcionar um quadro explicativo da DCL e incapacidade associada, foi desenvolvido um capítulo sobre o “Modelo de Crenças Medo-Evitamento da Dor”.

II. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DOR, DOR LOMBAR E DOR CRÓNICA LOMBAR

A Dor constitui uma experiência comum, única e própria de cada indivíduo, o que a torna um fenómeno difícil de definir. A *International Association for Study of Pain - IASP* (Merskey 1979, citado por Waddell, 2004) define Dor como sendo “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual actual ou potencial, ou descrita nos termos de cada lesão”.

A Dor Lombar (DL), é definida como “uma dor ou tensão muscular, localizada entre a margem costal e a prega glútea inferior, com ou sem irradiação para o membro inferior. Pode também ser definida como “intolerância à actividade (limitação da função ou actividade), devido a sintomas lombares, ou lombares juntamente com os membros inferiores” (Arokoski, Valta KanKaana & Airaksinen, 2004). A DL pode ser classificada em “específica” e “não específica”, de acordo com o mecanismo fisiopatológico que lhe deu origem. Assim, a DL “específica”, indica que os sintomas têm origem num mecanismo fisiopatológico definido, enquanto que, a DL “não específica”, é definida como dor sem causa aparente, constituído a maioria (90%) dos casos de DL (van Tulder, Koes & Bombardier, 2002).

A DL é também frequentemente categorizada através do factor tempo, ou seja, é classificada de acordo com a duração dos sintomas. Segundo Waddell, (2004) podemos classificar a DL, quanto ao factor tempo, em:

- **Dor Lombar aguda:** episódios que dura menos de 6 semanas;
- **Dor Lombar subaguda:** episódios que duram entre 6 a 12 semanas;
- **Dor Lombar crónica:** episódios que duram mais que 12 semanas.

No entanto, e apesar da generalização na adopção desta classificação, alguns autores referem que esta divisão temporal não ilustra o verdadeiro **comportamento da dor e**

promove a crença de que a DL começa como dor aguda e após algum tempo, ou recupera, ou torna-se crónica (van Tulder et al. 2002). Para estes autores a DCL é normalmente um problema recorrente, intermitente e episódico. (Ver figura 1), realçando **um padrão de dor** ao longo da vida do indivíduo. Para suportar este argumento baseiam-se em quatro observações: 60-80% das pessoas irão sofrer de DL em algum ponto das suas vidas; a maioria dos episódios agudos passam rapidamente, mas com sintomas residuais e recorrências; 35-40% das pessoas queixam-se de DL que dura 24 horas ou mais por mês e 15-30% das pessoas têm alguns sintomas de DL ao longo do dia e o prognóstico mais forte, para um novo episódio de DL, é a existência de episódios anteriores.

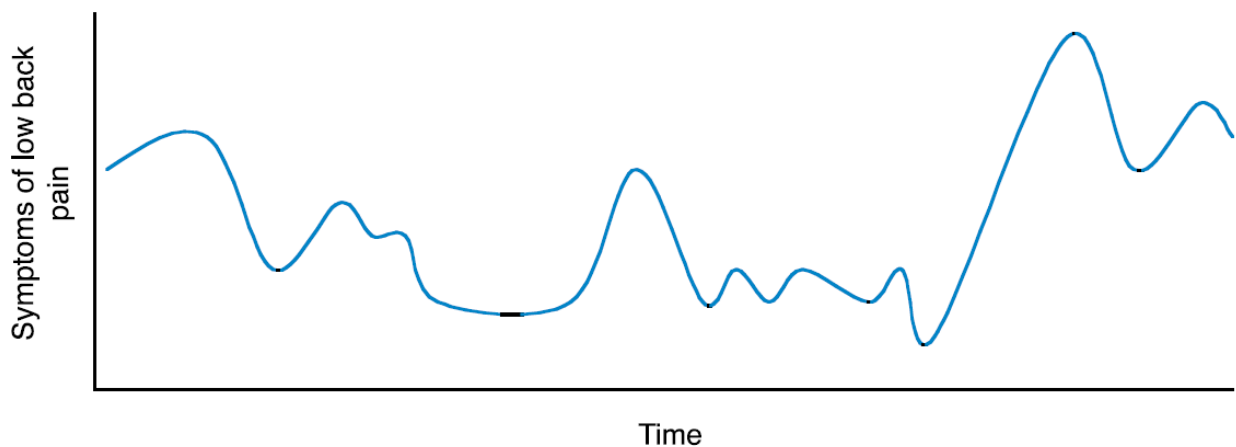


Figura 1. Percurso da DL (adaptado de van Tulder, Koes & Bombardier, 2002).

Através deste gráfico, pode observar-se que a DCL apresenta uma natureza recorrente, com flutuações dos sintomas ao longo do tempo, sendo esta condição caracterizada pela variabilidade e mudança, ao invés da previsibilidade e estabilidade. Assim, a tradicional definição de que a DL é constituída por episódios isolados de dor lombar aguda ou crónica não parece ser adequada, considerando-se que a maioria dos utentes terá experienciado um episódio de dor anterior, e que episódios agudos ocorrem normalmente como exacerbações de DCL.

Neste contexto, embora a classificação temporal da DCL seja a mais descrita, a DCL não se deve definir só com base na duração dos sintomas, devendo também incluir o impacto que a DCL apresenta na funcionalidade e qualidade de vida do utente (van Tulder et al., 2002).

Contudo, neste estudo por ser a mais utilizada neste tipo de estudos e a de mais fácil compreensão pelos participantes no estudo, optou-se pela classificação temporal, na qual a DCL é descrita como dor lombar persistente, com duração de pelo menos 12 semanas (Arokoski et al., 2004 e Krismer & van Tulder, 2007).

2.2 EPIDEMIOLOGIA DA DOR CRÓNICA LOMBAR

A DCL “não específica” é actualmente reconhecida como um dos maiores problemas a nível social, económico e médico, e é uma das maiores causas de despesas médicas, sobrecarga dos sistemas de saúde, absentismo laboral e incapacidade para os utentes, representando um grande desafio para os profissionais de saúde (Waddell, 2004).

A *prevalência* desta condição, tem vindo a aumentar nas últimas décadas, sendo apontada como a causa mais comum de “doença crónica”, tanto em homens como em mulheres, com idade entre os 45 e os 65 anos (Waddell, 2004).

Um relatório europeu do *Pain Proposal*, analisou um conjunto de 15 países europeus e concluiu que a causa mais comum de dor crónica é a dor lombar, representando 55% das causas mais comuns de dor crónica (Baker et al., 2009). Também, em Portugal, segundo o mesmo relatório as principais causas de dor crónica, são a DL que atinge 40% dos indivíduos, a osteoporose, os traumatismos, a artrite reumatóide e as cefaleias. Os dados relativos à população Portuguesa mostram ainda que a prevalência da dor é significativamente maior nas mulheres e aumenta com a idade em ambos os sexos. A nível da distribuição geográfica, verifica-se que junto ao litoral, a prevalência é mais baixa, excepto no litoral alentejano (Castro-Lopes et al., 2010).

A incapacidade, definida como deficiência ou limitação na realização da actividade ou restrição na participação (Leitão, 2004), é comum entre os indivíduos com DCL, sendo que a qualidade de vida dos indivíduos, parece ser mais influenciada pelo grau de incapacidade, do que pela intensidade da dor (Kovacs et al, 2005). O impacto económico, profissional e pessoal relacionado à DCL, deriva da incapacidade e não da dor (Kovacs et al, 2005).

A DCL é ainda considerada a queixa médica mais frequente nos países desenvolvidos, e a morbilidade que apresenta mais impacto ao nível *económico* (SBU 2000, citado por Rasmussen-Bar, 2003). Estudos que analisaram os gastos do sistema saúde americano, mostraram que indivíduos que sofrem de DCL, geram gastos 60% superiores a indivíduos sem esta condição (Luo et al, 2003).

No que respeita a Portugal, pouco se conhece sobre os custos associados à DCL. Recentemente foi realizado um estudo pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que envolveu mais de cinco mil entrevistas, com o objectivo de perceber qual o impacto da DC na sociedade portuguesa. Segundo este, mais de 30% da população portuguesa sofre de dor crónica, problema de saúde pública, que custa três mil milhões de euros por ano em Portugal (APED, 2010).

Reportando- nos ainda ao relatório realizado pela “*Pain Proposal*” sobre a dor crónica em Portugal, e concretamente no que respeita ao seu *impacto económico*, estima-se que os indivíduos com dor crónica têm em média 14 dias de baixa por ano, o que representa mais de 290 milhões euros por ano de custos salariais, suportados pela Segurança Social (Castro-Lopes et al., 2010).

Outro dado importante, é o impacto que a DCL assume no campo *profissional*. O referido relatório, reporta ainda que aproximadamente 50% dos indivíduos com dor crónica, referem que a dor afecta de forma moderada ou grave as suas actividades domesticas e laborais, 4% perderam o emprego, 13% obtiveram reforma antecipada e a 17% foi feito o diagnóstico de depressão.

Ainda no *campo profissional*, podemos referir o impacto causado pelas ausências ao trabalho devido à DCL e o tempo que os indivíduos demoram a regressar à actividade laboral. Segundo Waddell (2004), às três ou quatro semanas grande parte dos utentes com DL regressa à sua actividade laboral, mesmo na presença do sintoma. Para os utentes que permaneceram ausentes da sua actividade, a situação é contudo diferente, dado que as expectativas de retorno à actividade laboral decrescem substancialmente, e aumenta o risco de incapacidade e cronicidade da dor. Aos três meses de abstenção laboral, os utentes encontram-se num ciclo de dor e incapacidade, reflectindo-se na esfera pessoal, profissional e familiar do utente.

Nesta perspectiva, com base nos dados acima descritos, a incapacidade evolui de forma dinâmica, verificando-se uma deteriorização das capacidades de trabalho, expectativas de resolução do problema e alterações ao nível das relações interpessoais (Waddell, 2004).

A incapacidade associada à DCL tem causas multifactoriais, assim a maneira de diminuir esta associação, é reconhecer os indivíduos em risco de desenvolverem DCL, sendo necessário identificar os factores de prognóstico desta condição (van Tulder et al., 2002).

2.3 FACTORES DE RISCO/ PROGNÓSTICO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DCL

Segundo van Tulder et al. (2002), existem por um lado, factores de risco para a ocorrência de DL e por outro lado, factores associados ao desenvolvimento de cronicidade da DL (Tabela 1). Assim, os factores pessoais (género, idade, IMC) e ocupacionais (profissão, cargas mobilizadas, posturas mantidas) são referidos como factores de risco para a ocorrência de DL, sendo pouco estudado qual o papel destes como factor associado ao desenvolvimento da cronicidade da DL. Quanto aos factores psicossociais (nível de satisfação laboral, nível educacional; catastrofização da dor e crenças de medo-evitamento) vários estudos são consensuais ao descrevê-los como factores associados ao desenvolvimento de cronicidade da DL.

Tabela 1- Factores de ocorrência e de cronicidade da DL (adapatdo de van Tulder et al., 2002).

	Ocorrência	Cronicidade
<i>Factores Pessoais</i>	Idade	Obesidade
	Actividade Física	<i>Scores</i> elevados dor
	Hábitos tabágicos	Altos níveis de incapacidade
	IMC	
<i>Factores Ocupacionais</i>	Profissão	Indisponibilidade em regressar ao trabalho
	Movimentos realizados	Levantamento de pesos
	Cargas Mobilizadas	
	Posição de trabalho	
<i>Factores Psicossociais</i>	Stress	Baixo nível educacional
	Emoções	Insatisfação Laboral
	Cognições	Somatização
	Comportamento da dor	Angústia
		Depressão

2.3.1 FACTORES PESSOAIS

Os factores de risco pessoais, são descritos, como factores influentes para a ocorrência de DL. São considerados como factores de risco pessoais, o *género*, *idade*, *IMC*, *prática de exercício físico*, *hábitos tabágicos* e *intensidade da dor*.

Relativamente ao **género**, alguma evidência aponta para o facto de as mulheres terem maior risco para a ocorrência de DL, relativamente aos homens (Manchikanti, 2000; Soucy, Trunchon & Côte, 2006; Wynne-Jones, Dunn & Main, 2008). Outros estudos referem que as mulheres recorrem mais ao médico e tomam mais medicação, mas a incapacidade laboral, é mais marcada nos homens (Wijnhoven, de Vet e Picavet, 2007). Os estudos acima referidos são relativos à ocorrência de DL, mas no que respeita ao **género**, como factor preditivo para desenvolver cronicidade, os estudos não são conclusivos. O estudo realizado por Keogh, McCracken & Eccleston (2006), procurou analisar a relação entre o género, a depressão e a incapacidade em indivíduos com DCL, concluindo que o género feminino não prediz directamente a incapacidade, mas a relação entre a depressão e incapacidade, é maior no género feminino.

No que diz respeito à **idade**, os autores referem existir uma relação directamente proporcional, entre a faixa etária e a DL. Assim, a prevalência da dor lombar e incapacidade, aumentam com o avançar da idade. (Wynne-Jones et al, 2008; Webb et al, 2003; Henschke et al, 2008). De acordo com van Tulder et al. (2002), a idade está relacionada com a ocorrência da DL, mas não contribui para o desenvolvimento de cronicidade.

O **Índice de Massa Corporal**, é outro dos factores de risco relacionados com as características pessoais, sendo segundo van Tulder et al. (2002), considerado um factor de prognóstico para a cronicidade. Vários estudos referem, que existe uma associação forte entre os subgrupos, excesso de peso e obesidade, e o prognóstico para a DCL (Levangie, 1999; Manchikanti, 2000). Segundo alguns estudos (Toda, Segal, Toda, Morimoto & Ogawa, 2000; Mortimer & Wiktorin, 2001) a prevalência de DCL aumenta linearmente, com o aumento do IMC.

A confirmar a evidência já existente, foi realizada uma meta-análise por Shiri, Karppinen, Leino-Arjas, Solovieva e Viikari-Juntura (2010a), que teve como objectivos, avaliar a associação entre o excesso de peso e obesidade e a DL, procura de cuidados de saúde e DCL. Os resultados mostraram uma associação entre a obesidade e a prevalência de DL

nos últimos 12 meses (OR^1) = 1.33 - 95% IC: 1.14 - 1.54, a obesidade e a procura de cuidados de saúde por DL (OR = 1.56 - 95% IC: 1.46 - 1.67) e a obesidade e DCL (OR = 1.43, 95% CI: 1.28, 1.60). Nesta meta-análise, concluiu-se que existe uma associação entre o excesso de peso e obesidade e a ocorrência de DL, dando a indicação que a obesidade e o excesso de peso, podem ser factores de risco para a ocorrência de DL. Foi também observada uma forte associação entre o excesso de peso e obesidade, na procura de cuidados de saúde devido a DL e DCL, podendo também ser considerado como um factor de prognóstico no desenvolvimento de DCL.

A **prática de exercício físico**, é outro dos factores de risco descritos na literatura. Vários estudos referem que a condição física, não é um factor de risco ou preventivo de dor lombar aguda, mas tem um papel relacionado com a prevenção do aparecimento da cronicidade da dor lombar, após a primeira ocorrência, estando também relacionado, com o aumento ou manutenção do estado funcional e diminuição de dor nos indivíduos com DCL (Krismer & van Tulder, 2007; Kwon et al., 2006; Manchikanti, 2000; Wai, Rodriguez, Dagenais, & Hall, 2008).

Segundo vários autores, **fumar** é outro dos factores de risco com forte associação à ocorrência de DL (Bakker, Verhagen, Lucas, Koning, & Koes, 2007; Goldberg, Scott, & Mayo, 2000; Leboeuf-Yde, 1999; Levangie, 1999; McBeth & Jones, 2007), existindo também alguma evidência que relaciona o fumar como um factor preditivo associado à DCL. Por exemplo num estudo desenvolvido por Alkherayf & Agbi (2009), que teve como objectivo determinar, se ser fumador, apresentava associação com o aumento de risco de DCL, em adulto, os resultados mostraram maior prevalência de DCL em fumadores (23,3%) do que em não fumadores (15,7%). Os factores idade e sexo, foram considerados como mediadores, ou seja, a relação entre o tabagismo e risco de DCL, é influenciada pela idade e sexo. A associação entre fumadores e aumento do risco DCL, é mais forte, em indivíduos mais jovens.

A meta-análise desenvolvida recentemente por Shiri, Karppinen, Leino-Arjas, Solovieva e Viikari-Juntura (2010b), teve como objectivo estudar a associação entre os

¹ Odd Ratio (OR) “razão de possibilidades” é uma relação entre a probabilidade da ocorrência com a de não-ocorrência de um determinado evento.

fumadores e não fumadores e a DCL. Os resultados mostraram que os antigos fumadores apresentam uma elevada prevalência de DCL, comparados com os não fumadores, mas uma baixa prevalência de DCL, comparados com os fumadores. Este estudo demonstrou que os ex-fumadores (OR= 1.32- 95% IC: 0.99 -1.77) e os fumadores (OR= 1.31- 95% IC: 1.11-1.55) apresentam um aumento da incidência de DCL quando comparados com os não fumadores. A associação entre os fumadores e incidência de DCL é ainda maior nos adolescentes (OR= 1.82- 95% IC: 1.42-2.33), do que nos adultos (OR= 1.16- 95% IC: 1.02-1.32).

Intensidade da dor

Por fim, a intensidade da dor assume um papel de factor de prognóstico para o desenvolvimento da cronicidade, após um primeiro episódio, estando igualmente relacionado com a persistência da DCL e maior nível de incapacidade (van Tulder et al., 2002).

Um estudo realizado por Turner et al. (2004), teve como objectivo, identificar o ponto de *coorte* na qual a intensidade da dor está associada a maior risco de incapacidade em indivíduos com DL. Os resultados descreveram o ponto maior ou igual a 5 na END como ponto crítico, para discriminar incapacidade e declínio da funcionalidade, em indivíduos com DL.

Outro estudo, pretendeu avaliar a associação entre intensidade da dor e a recuperação da DCL e entre intensidade da dor e a incapacidade associada a DCL, observando-se uma associação forte para ambos os parâmetros (Costa et al., 2009).

Ainda, confirmar estes factos, um estudo realizado por Peters, Vlaeyen e Weber (2005) refere que a intensidade da dor é um forte factor preditivo apresentando uma variância de 17% na incapacidade.

2.3.2 FACTORES OCUPACIONAIS

Os factores de risco ocupacionais englobam a profissão desempenhada, as posturas mantidas, os movimentos realizados e as cargas mobilizadas. Estes factores apresentam

uma evidência clara, quanto à sua relação com a ocorrência de DL (Daraiseh, Cronin, Davis, Shell & Karwowski, 2010; Feng, Chen, & Mao, 2007; Manchikanti, 2000), não existindo ainda grande evidência, quanto ao seu papel como factor de prognóstico de DCL.

Vários estudos (Daraiseh et al., 2010; Feng, Chen, & Mao, 2007; Manchikanti, 2000), realizados numa unidade de saúde, mostram haver relação entre alguns grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares de acção médica, administrativos) e a presença de DL. Freg et al. (2007) realizaram um estudo que teve como objectivo, descrever a prevalência e os factores de risco associados à DL, na população de um hospital da Turquia. Os resultados mostraram que a maioria dos entrevistados (65,8%) já tinha tido um episódio de DL, sendo que 61,3% relatou que teve um episódio de DL nos últimos 12 meses. A maior prevalência foi reportada pelos enfermeiros (77,1%) e as menores relatadas pelos administrativos (54,1%) e pelos assistentes operacionais (auxiliares de acção médica) (53,5%).

Alguma evidência refere ainda, que a **postura** na qual permanecem a maioria do tempo de expediente, tem associação à DL, se mantida mais de metade do tempo de trabalho diário. Uma revisão sistemática, realizada com o objectivo, verificar qual a associação entre DL e “estar sentado”, “estar sentado e sujeito a vibração corporal” e “posturas inadequadas”, não encontrou evidência que relacione estar sentado e DL. Pelo contrário, foi encontrada uma forte associação (OR= 9,0 -90% IC: 4,9-16,4) entre estar sentado com exposição a vibração e posturas inadequadas com a DL (Lis, Black, Korn & Nordin, 2007). Ainda neste contexto, o estudo realizado por Manchikanti (2000), faz referência aos milhões anuais gastos com cada classe profissional nos E.U.A, sendo o maior gasto realizado como os camionistas (365milhões/anuais), com gastos intermédios, encontram-se os enfermeiros e assistentes operacionais (205 milhões/anuais), e os que apresentam menores gastos, são operadores de máquinas (130 milhões/ anuais).

Outro factor associado à ocorrência de DL, ainda no campo profissional, são as **cargas mobilizadas** durante a actividade laboral dos indivíduos. Manchikanti (2000), refere que existe oito vezes mais incidência de DL, em indivíduos com profissões que

envolvam mobilização de cargas, relativamente a indivíduos com profissões mais sedentárias.

O estudo de Levangie, (1999) refere que numa população com DL, identifica maior associação das cargas mobilizadas, se estas forem iguais ou superiores a 15 Kg. Este valor, serve de referência, pois não existe consenso nos vários estudos, que definam o peso que poderá ser considerado factor de risco, para a DL, embora alguns países, considerem que os indivíduos com dor lombar, só deverão regressar ao trabalho, quando levantarem carga de 25 Kg (Cole & Grimshaw, 2003).

Os **movimentos maioritariamente executados** num dia de trabalho, são outro factor de risco, relacionado com a actividade profissional. Sendo, os movimentos de rotação e flexão do tronco, o tipo de movimentos executados que estão associados à DL (Fernandes, Carvalho, Assunção & Silvany, 2009 ; Hoogendoorn et al., 2002; Lis et al., 2007; Manchikanti, 2000). O estudo realizado por Plouvier, Renahy, Chastang, Bonenfant & Leclerc (2008) teve como objectivo avaliar o efeito da duração da exposição a tensões biomecânicas na DL. Os resultados mostraram associação significativa (OR relatados são para os 20 anos de exposição), entre DL e tempo de exposição aos movimentos de flexão e rotação do tronco para os homens (OR= 1,37); DCL há mais de 30 dias e a duração da exposição dos movimentos de flexão e rotação do tronco para homens e mulheres (OR 2,20 e 2,00 respectivamente). Assim, os movimentos de flexão e rotação do tronco em ambos os sexos, **apresentam uma forte associação com a DL há mais de 30 dias**. Este estudo sugere que a exposição a tensões biomecânicas, tem efeito a longo prazo e uma relação dose-resposta (a variação de uma possível causa está associada à variação na prevalência do efeito), com o tempo de exposição em indivíduos com DL.

Podemos assim concluir, que os factores ocupacionais associados a levantamento de cargas elevadas, más posturas no trabalho e realizar movimentos de rotação e flexão do tronco, parecem constituir factores de risco para a DL (Fernandes et al., 2009; Hoogendoorn et al., 2002; Lis et al., 2007; Manchikanti, 2000; Plouvier et al., 2008).

2.3.3 FACTORES PSICOSSOCIAIS

Os *factores psicossociais* assumem, segundo vários autores (Krismer & van Tulder, 2007; Kwon et al., 2006; Leclerc et al., 2009; Pincus et al., 2008; Kwon et al., 2006), um papel determinante no desenvolvimento da cronicidade da DL. De acordo com van Tulder et al., (2002) são considerados, como factores psicossociais: o nível educacional; a satisfação laboral; a catastrofização da dor e as crenças medo-evitamento do movimento.

O **nível educacional**, é um factor que tem sido também descrito como factor prognóstico associado à DCL (Krismer & van Tulder, 2007; Kwon et al., 2006; Leclerc et al., 2009; Pincus et al., 2008). Segundo Kwon et al. (2006), os indivíduos com grau académico superior têm uma menor probabilidade de desenvolverem DCL, do que aqueles que apresentam um nível inferior de escolaridade.

Um estudo realizado por Leclerc et al. (2009), teve como objectivo investigar a associação existente entre nível educacional e a DCL, numa população adulta. Os resultados obtidos neste estudo, mostraram que a DCL está fortemente associada ao nível educacional, ou seja, demonstra uma relação inversa entre a escolaridade e a incapacidade (baixo nível de escolaridade, estão associados a altos níveis de incapacidade). Uma possível explicação para este facto, avançada pelos autores, é o facto de os indivíduos com menor escolaridade, geralmente terem actividades laborais que envolvem maior carga física.

Outro factor psicossocial também muito importante, é o **nível de satisfação** dos indivíduos, relativamente ao seu **trabalho**. Vários estudos, identificam esta variável, quando negativa, ou seja, quando ocorre insatisfação laboral, como factor de prognóstico para a DCL (Bigos et al., 1991; Hoogendoorn et al., 2002; Manchikanti, 2000; ; Skovron, et al.1994; Papageorgiou, Croft, Thomas, Silman e Macfarlane1998; Waddell & Burton, 2001).

No estudo realizado por Lefevre- Colau et al. (2009), observou-se que a insatisfação laboral (40,6%) e o pouco reconhecimento laboral (49,3%), contribuem para a cronicidade da DL.

Outro estudo, veio confirmar que existe forte evidência, de que baixa satisfação laboral e insatisfação nos aspectos psicossociais do trabalho, têm uma grande importância na persistência de DL e incapacidade, influenciando a resposta ao tratamento. Aconselham a avaliação deste factor de prognóstico em indivíduos com DL que estão em risco de DCL e em indivíduos com DCL, com incapacidade (Waddell & Burton, 2001).

Os factores psicossociais **catastrofização da dor** e as **crenças de medo-evitamento do movimento**, têm demonstrado ter um papel central no desenvolvimento da cronicidade ou na manutenção do estado de dor crónica e incapacidade funcional, referida pelos indivíduos (Waddell, 2004; Crombez, Vlaeyen, Heuts & Lysens, 1999).

A **catastrofização da dor**, é definida como um processo de pensamento focado excessivamente nas sensações da dor, com tendência para o exagero, e com a auto-percepção de ser incapaz de fazer algo para a reduzir, havendo evidência que refere que, os utentes que a catastrofizam, demonstram falta de confiança e de capacidade para resolverem o problema (Ostelo e tal, 2003).

A **crença de medo-evitamento**, é definida como: o medo, que leva à "fuga" de uma ameaça; e o evitamento, comportamento ou estratégia que adia ou evita uma experiência desagradável ou adversa. Assim, as crenças de medo-evitamento do movimento, estão relacionadas com o medo da dor que o indivíduo apresenta, levando ao evitamento de executar movimentos e actividades (Fritz et al., 2001).

A **catastrofização da dor e crenças de medo-evitamento**, têm sido alvo de vários estudos, para se perceber a sua relação como factores de prognóstico, para a cronicidade da DL.

O estudo realizado por Meyer, Tschopp, Sprott & Mannion (2009), teve como objectivo analisar a influência da catastrofização e outros factores psicossociais, na dor e incapacidade, em indivíduos com DCL. Apresentou como resultados, que a

catastrofização da dor, está associada a maiores níveis de percepção de intensidade de dor e incapacidade.

Outro estudo, realizado por Burton, McClune, Clarke e Main (2004), procurou descrever o curso da DL num “*follow-up*” de quatro anos, numa *coorte* de 252 utentes com DL, visando determinar a capacidade preditiva de variáveis psicossociais, avaliadas inicialmente, nos *outcomes* a longo prazo. Neste estudo, foi aplicada uma bateria de instrumentos psicossociais, explorando diversos aspectos, tais como: sintomas depressivos, estratégias de *coping*² e crenças de medo-evitamento associadas à dor, sendo avaliada também a intensidade da dor, incapacidade através do “*Roland Disability Questionnaire*”, e a história de DL de cada utente, através de questionário.

Os resultados obtidos, evidenciam que ao longo de três a quatro anos, existiu uma tendência para a recorrência e para o agravamento da incapacidade neste período de tempo. Os factores psicológicos, demonstraram influenciar quer a recorrência como a incapacidade a longo prazo. O papel determinante das crenças de medo-evitamento na recorrência a longo prazo, constitui assim um novo dado, demonstrando que a sua influência, vai além dos “*outcomes*” a curto prazo, no que diz respeito à incapacidade (Burton et al.,2004) .

Num outro estudo prospectivo, Woby, Watson, Roach e Urmston (2004), analisaram a influência relativa dos factores cognitivos, tais como crenças de medo-evitamento, catastrofização da dor e incapacidade, em indivíduos com DCL. Neste estudo, a amostra foi constituída por 83 indivíduos com DCL “não específica”, de duração superior a três meses, que foram posteriormente sujeitos a um programa de intervenção cognitivo comportamental, baseado em sessões de grupo, ao longo de oito semanas.

Os autores observaram que, as alterações nos factores cognitivos avaliados, contribuíram para uma variância adicional de 22% na redução da incapacidade. Mais especificamente, um aumento na percepção de controlo sobre a dor, e uma redução nas sub-escalas trabalho e actividade física do Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) foram preditivos de uma redução na incapacidade. Apesar de algumas desistências no decorrer do estudo, e a amostra final apenas ser constituída por 65% da amostra inicial, os autores concluem que, uma redução nas crenças de medo-evitamento,

² Estratégias de *coping*- envolve o que os indivíduos fazem, o que pesam e dizem em relação à sua condição (Waddell, 2004)

bem como aumento da percepção de controlo sobre a dor, são preditivas de uma redução na incapacidade.

Em síntese, de acordo com os estudos realizados, os factores psicológicos parecem ser mais importantes para o desenvolvimento da dor crónica, do que os aspectos fisiológicos (Denison Asenlof & Lindberg, 2004; Storheim, Brox, Holm & Bo, 2005; Swinkels-Meewisse et al, 2006). Alguns estudos referem mesmo, que o medo da dor e a forma como reagimos a essa dor, é mais incapacitante do que a própria dor (Vlaeyen & Linton, 2000).

Desta forma, a avaliação que o indivíduo faz da experiência dolorosa, é de grande importância, envolve o significado que este atribui à dor, influenciando os restantes comportamentos. (Turk & Okifuji, 2002).

2.4 MODELO CRENÇAS MEDO-EVITAMENTO

A evidência tem referido a importância dos aspectos cognitivos, no desenvolvimento de comportamentos que favorecem a cronicidade da DL. Na perspectiva de proporcionar um quadro explicativo da DCL e incapacidade associada, foi desenvolvido um modelo explicativo, denominado “Modelo de Crenças Medo-Evitamento” (Vlaeyen & Linton, 2000).

O “modelo medo-evitamento”, pretende explicar como o medo da dor e o evitamento, resultam na manutenção de experiências e comportamentos de dor, mesmo na ausência de uma lesão tecidular. Este, é um modelo cognitivo comportamental da DCL, que se baseia em duas componentes, o *medo* que conduz à “fuga” de algo, que é encarado como uma ameaça, e, o *evitamento*, o qual constitui um comportamento, ou estratégia, que adia ou evita uma experiência desagradável ou adversa (Woby et al., 2004).

O modelo acima referido postula assim, duas respostas comportamentais opostas do indivíduo, face à dor: a *confrontação* ou o *evitamento* (Fig.2). A *confrontação*, é geralmente considerada uma resposta adaptativa, na qual o indivíduo vê a dor como um dano e tem uma grande motivação para retomar os níveis de actividade normal. Esta

resposta é vista, como uma condução gradual em direcção à redução do medo e o retorno à actividade normal (Fritz et al., 2001). A confrontação está inerente ao comportamento "positivo", associado a *estratégias de "coping"* positivas que levarão a uma possível recuperação. Estes utentes têm menor probabilidade de desenvolverem incapacidade pela sua dor na coluna lombar, uma vez que estes vêm a sua dor como um inconveniente temporário, e estão motivados para o retorno ao trabalho normal, social e actividades de lazer (Woby et al., 2004). Em suma, na confrontação, a dor é percebida como algo não ameaçador e o indivíduo procura realizar as suas actividades habituais. Por outro lado, no *evitamento*, a dor é interpretada de forma catastrófica, sendo precursora do medo, associada à dor, ou seja, o indivíduo evita os movimentos e actividades, que antecipa como sendo a causa do aumento da sua dor (Fritz et al., 2001). O medo é caracterizado por comportamento de evitamento, conduzindo a que actividades diárias deixem de ser realizadas, devido à expectativa que estas possam provocar dor. O evitamento progressivo das actividades diárias (laborais e domésticas), resulta em incapacidade funcional (Vlaeyen & Linton, 2000) (Fig. 2).



Fig. 2- Modelo “medo-evitamento”(adaptado de Vlaeyen & Linton, 2000).

Com o objectivo de investigar a relação entre crenças de medo-evitamento e o nível de incapacidade auto-reportada, em actividades da vida diária, os autores Vlaeyen & Linton (2000), basearam-se em seis estudos. Num destes estudos, com uma amostra de 184 indivíduos, os autores concluíram que, as crenças de medo-evitamento, acerca da

actividade física e actividade profissional, se encontravam fortemente relacionadas com a incapacidade e absentismo laboral, no ano anterior (Waddell et al., 1993, cit. por Vlaeyen & Linton, 2000). Alguns estudos sugerem que estas crenças de medo-evitamento, constituem potenciais factores preditivos dos níveis de incapacidade auto-reportada pelos utentes (Burton et al., 2004).

Apesar de haver um forte suporte que sugerem que as crenças de medo-evitamento constituem potenciais factores preditivo dos níveis de incapacidade, segundo alguns autores (Denison et al., 2004; Woby, Urmston & Watson, 2007) as crenças de auto-eficácia também podem ser um forte determinante dos níveis de incapacidade.

Sendo a auto-eficácia, a crença de ser capaz de superar desafios, por meio de acções adaptativas, um indivíduo com auto-eficácia elevada, tem uma visão optimista sobre a sua capacidade pessoal de lidar com o stress, é motivado e persistente, mesmo em situações de “risco”. A auto-eficácia, parece assim, desempenhar um papel particularmente importante na percepção e ajustamento da dor e consequentemente da incapacidade. O reajuste de comportamento, é quase sempre necessário em indivíduos com DCL, sendo a auto-eficácia para Woby, Urmston & Watson (2007), uma variável importante para ocorrência e grau de incapacidade em indivíduos com DCL ou seja, altos níveis de auto-eficácia, levam a baixos níveis de dor e incapacidade (Fig.3).

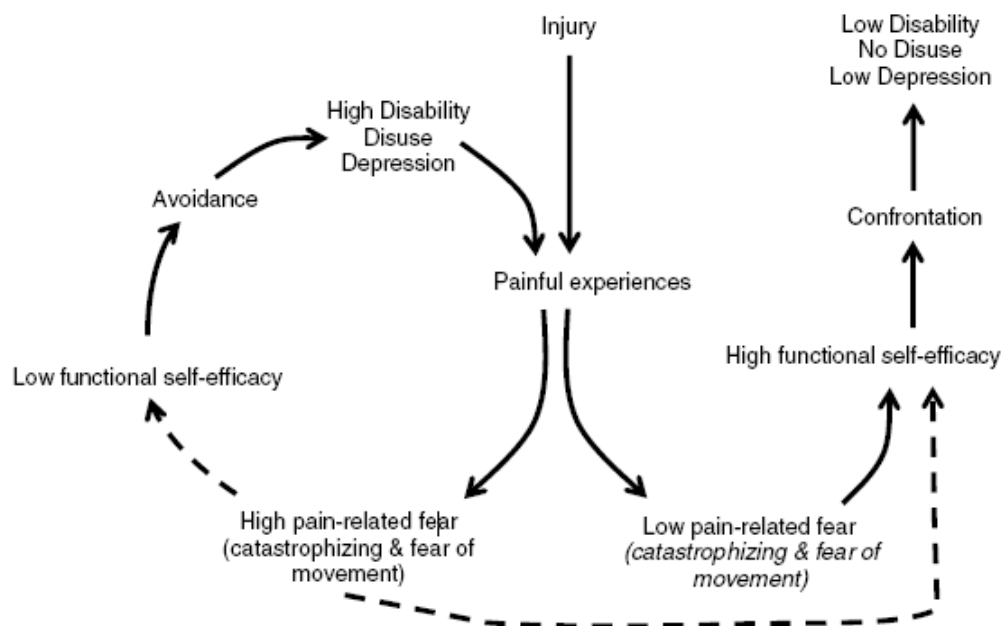


Figura 3. Modelo “medo-evitamento” com o papel da auto-eficácia (adaptado de Woby, Urmston & Watson, 2007).

Em síntese, e após esta breve revisão, que procurou avaliar qual o papel das crenças de medo-evitamento na incapacidade, em utentes com DCL, pode dizer-se que parece existir evidência demonstrando que as crenças de medo-evitamento, conduzem a altos níveis de incapacidade, que influenciam as actividades do dia-a-dia e actividade laboral. Por outro lado, altos níveis de auto-eficácia, levam a baixos níveis de dor e incapacidade. Nesse sentido, assume-se o pressuposto, de que as crenças de medo/evitamento, influenciam o nível de incapacidade.

De acordo com os factos acima descritos, os factores psicossociais de catastrofização e crenças de medo e evitamento da dor, são factores a ter em conta para o desenvolvimento de cronicidade e de incapacidade em indivíduos com DCL. Assim estes factores tornam-se relevantes, na medida em que podem ser modificados, contribuindo para a prevenção ou melhor efectividade, no tratamento de indivíduos com DCL.

III.METODOLOGIA

3.1 IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES EM INVESTIGAÇÃO E FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES

A investigação acerca da DCL é escassa, no nosso país. Apesar do estudo sobre qual o papel dos factores psicossociais na incapacidade funcional auto-reportada, em indivíduos com DCL, estar desenvolvido em diversos países, em Portugal não há nenhum estudo, do nosso conhecimento, que avalie a relação entre os factores psicossociais e o nível de incapacidade funcional auto-reportada, em indivíduos com DCL, funcionários das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) de Arronches. Assim o principal objectivo deste estudo foi o de estudar a **associação entre as variáveis catastrofização da dor, crenças de medo-evitamento da dor e intensidade da dor com a incapacidade funcional auto-reportada, numa amostra de indivíduos com DCL funcionários das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) de Arronches**. Secundariamente analisou-se ainda a prevalência da DCL e o nível de incapacidade funcional na amostra em estudo.

As hipóteses que pretendemos analisar e estudar, assentam nos objectivos supracitados e são baseados na revisão da literatura.

De acordo com os dados disponibilizados por Woby et al. (2004) os factores psicossociais, nomeadamente a catastrofização e o medo evitamento da dor, são variáveis importantes para o prognóstico de incapacidade. Deste modo, as hipóteses propostas foram:

H1: Existe uma associação positiva entre a catastrofização da dor e o nível de incapacidade funcional auto-reportada por indivíduos com DCL. Quanto maior for a catastrofização da dor, maior será o nível de incapacidade funcional auto-reportada.

H2: Existe uma associação positiva entre as crenças de medo-evitamento do movimento, relacionadas com actividade física e o nível de incapacidade funcional auto-reportada por indivíduos com DCL. Quanto maior for o nível das crenças de medo evitamento relacionadas com a actividade física, maior será o nível de incapacidade funcional auto-reportada.

H3: Existe uma associação positiva, entre as crenças de medo-evitamento do movimento, relacionadas com o trabalho e o nível de incapacidade funcional auto-reportada por indivíduos com DCL. Quanto maior for o nível das crenças de medo evitamento relacionadas com o trabalho, maior será o nível de incapacidade funcional auto-reportada.

H4: Existe uma associação positiva entre a percepção da intensidade actual da dor e o nível de incapacidade funcional auto-reportada, por indivíduos com DCL. Quanto maior a intensidade de dor percebida pelos indivíduos, maior será o nível de incapacidade auto-reportada.

H5: Existe uma associação positiva entre a intensidade da dor percebida em 2009 e o nível de incapacidade funcional auto-reportada por indivíduos com DCL. Espera-se que quanto maior for a intensidade da dor percebida em 2009, maior será o nível de incapacidade funcional auto-reportada.

3.2 VARIÁVEIS

Neste estudo, foram definidas variáveis em dois âmbitos diferentes. Temos por um lado, as variáveis de caracterização: pessoais (género, idade, IMC, hábitos tabágicos e hábitos de actividade física), ocupacionais (profissão, cargas mobilizadas, tipo de movimentos realizados) e psicossociais (nível educacional, satisfação laboral, catastrofização da dor, crenças de medo- evitamento) da amostra (Tabela 2). E por outro lado, as variáveis em estudo: *incapacidade funcional auto-reportada*, *crenças de medo-evitamento da dor*, *catastrofização da dor* e *intensidade da dor* (Tabela 3). As variáveis em estudo, no que diz respeito a sua classificação, são variáveis numéricas.

Tabela 2- Classificação das variáveis de caracterização e níveis de mensuração.

Variáveis Caracterização		Categorias em análise
PESSOAIS	Género	M ou F
	Idade	(20-35); (36-55); (56-65) ou (+65)
	IMC	<23; 23-25 e >23 (Kwon et al., 2006)
	Actividade Física	Não pratiquei; Pratiquei 2 a 4 vezes por mês; Pratiquei 2 a 3 vezes por semana;

OCUPACIONAIS		Pratiquei 5 a 6 vezes por semana.
	Hábitos tabágicos	Não
		Sim, nº cigarros e quantos anos
	Intensidade da dor	Score da END
	Profissão	Administrativo; Assistente Operacional; Enfermeiro; Manutenção; Médico; Técnico Outra
	Posição no trabalho	Sentado; Em pé Nenhuma se aplica
	Cargas mobilizadas no trabalho	Cargas superiores a 15kg Cargas inferiores a 15kg
	Movimentos realizados no trabalho	Dobrar o tronco; Rodar o tronco; Ambos; Não se aplica.
	Impacto da dor, Faltei ao trabalho?	Não; Sim, quantas vezes e demorei voltar?
PPSICOSSOCIAIS	Nível Educacional	Ensino primário; Ensino básico; Ensino secundário; Licenciatura/pos-graduação Mestrado/douturamento
	Satisfação laboral	Muito satisfeito; Satisfeito; Mais ou menos satisfeito; Insatisfeito; Muito insatisfeito.
	Catastrofização a dor	Score da PCS
	Crenças de medo-evitamento da dor	Score da FABQ

Tabela 3- Variáveis em estudo e níveis de mensuração

Variáveis em estudo	Categorias em análise
<i>Incapacidade funcional</i>	Score RMQ
<i>Intensidade da dor</i>	Score END
<i>Catastrofização a dor</i>	Score da PCS
<i>Crenças de medo-evitamento da dor</i>	Score da FABQ

3.3 TIPO DE ESTUDO

Este estudo, é um estudo *observacional transversal analítico*. Os *estudos observacionais*, são estudos descritivos que têm como objectivo a descrição detalhada das variáveis, através da observação directa e sistemática. É *transversal*, porque determina quantitativamente a distribuição do estado de saúde e dos seus determinantes, numa população e num determinado momento temporal (Aguiar, 2007).

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo, foi constituída por todos os funcionários da Santa Casa da Misericórdia e Centro de Bem Estar Social de Arronches. Integraram a amostra do estudo, todos os indivíduos com DCL não “específica”, que não apresentassem nenhum dos critérios de exclusão. Os critérios de exclusão estabelecidos tiveram por base os factores etiológicos conhecidos para a dor lombar de origem específica, que podem originar confundimento, dado que neste estudo, estamos a avaliar a DCL “não específica”.

Assim, constituíram critérios de exclusão deste estudo (Speed, 2004):

- Patologia músculo-esquelética abdominal;
- Cirurgia abdominal, lombar ou pélvica;
- Gravidez há menos de 2 anos;
- Diminuição de peso sem razão aparente;
- História de dor lombar associada a alterações neurológicas (parestesias, diminuição da força muscular do membro inferior...);
- Incontinência urinária;
- Doença inflamatória (ex. espondilite anquilosante);
- Osteoporose diagnosticada.

Recrutamento da amostra

Foi entregue a todos os funcionários uma folha com duas questões, uma de prevalência de DCL (“Tem Dor lombar há mais de três meses?”) e outra sobre os critérios de exclusão do estudo (“Tem presente alguma das seguintes condições: patologia

abdominal, cirurgia abdominal, lombar ou pélvica, dor lombar associada a formigues e falta de força nos membros inferiores, diminuição de peso sem razão aparente, doença inflamatória (ex: espondilite anquilosante), gravidez há menos de 2 anos, incontinência urinária, osteoporose diagnosticada”). Em caso de resposta negativa, no que respeita à prevalência, o contributo dos indivíduos cessava aqui, bem como se fosse positiva, quanto à presença dos factores de exclusão. O indivíduo só continuava a responder ao questionário se respondesse sim, à questão de prevalência e não, à questão de exclusão.

3.5 PROCEDIMENTOS

Numa fase inicial, foi solicitada, por escrito, a autorização para a realização do estudo, junto da mesa administrativa de cada instituição, Santa Casa da Misericórdia e Centro de Bem Estar Social de Arronches (Apêndice 1).

Após a obtenção da autorização, para a realização do estudo, procedeu-se à distribuição dos inquéritos, em formato papel, por **todos** os funcionários das duas instituições (Santa Casa da Misericórdia e Centro de Bem Estar Social de Arronches).

A distribuição dos inquéritos foi realizada pela autora do estudo, com a ajuda das encarregadas gerais de cada instituição, que fez chegar a todos os funcionários o inquérito. Após uma breve explicação sobre os objectivos do estudo (identificar os funcionários com Dor Crónica Lombar, quantificar o nível de incapacidade e verificar se existem factores de risco reportados em 2009 com maior grau de associação ao nível de incapacidade) foi solicitado aos indivíduos que respondessem ao inquérito.

A recolha de dados decorreu no período entre Agosto e Novembro de 2010.

A amostra do estudo, foi constituída por todos os funcionários que se disponibilizaram para responder ao inquérito, e que apresentasse dor crónica lombar “não específica”. Posteriormente foi entregue a todos os participantes, o formulário do consentimento informado (Apêndice 2), e o inquérito (Apêndice 3).

O preenchimento dos instrumentos seguiu uma ordem pré- definida. Havia uma primeira página com informação sobre o estudo e indicações de preenchimento à qual se seguiam os instrumentos de recolha de dados, na seguinte sequencia: primeiro a escala, para avaliar o nível de incapacidade (*Roland–Morris Disability Questionnaire*) , ao qual se seguia, o “ Questionário de Caracterização e Levantamento de Factores de Risco e

Impacto associado à DCL”, a escala para avaliar a catastrofização da dor (*Pain Catastrophizing Scale- PCS*), e finalmente o questionário para avaliar as crenças de medo-evitamento, o *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire*” (FABQ) (Fig.4).

Foi pedido aos indivíduos, que após completarem o inquérito, colocassem o mesmo e o consentimento informado, nas respectivas caixas, colocadas pela investigadora, na secretaria da cada instituição.

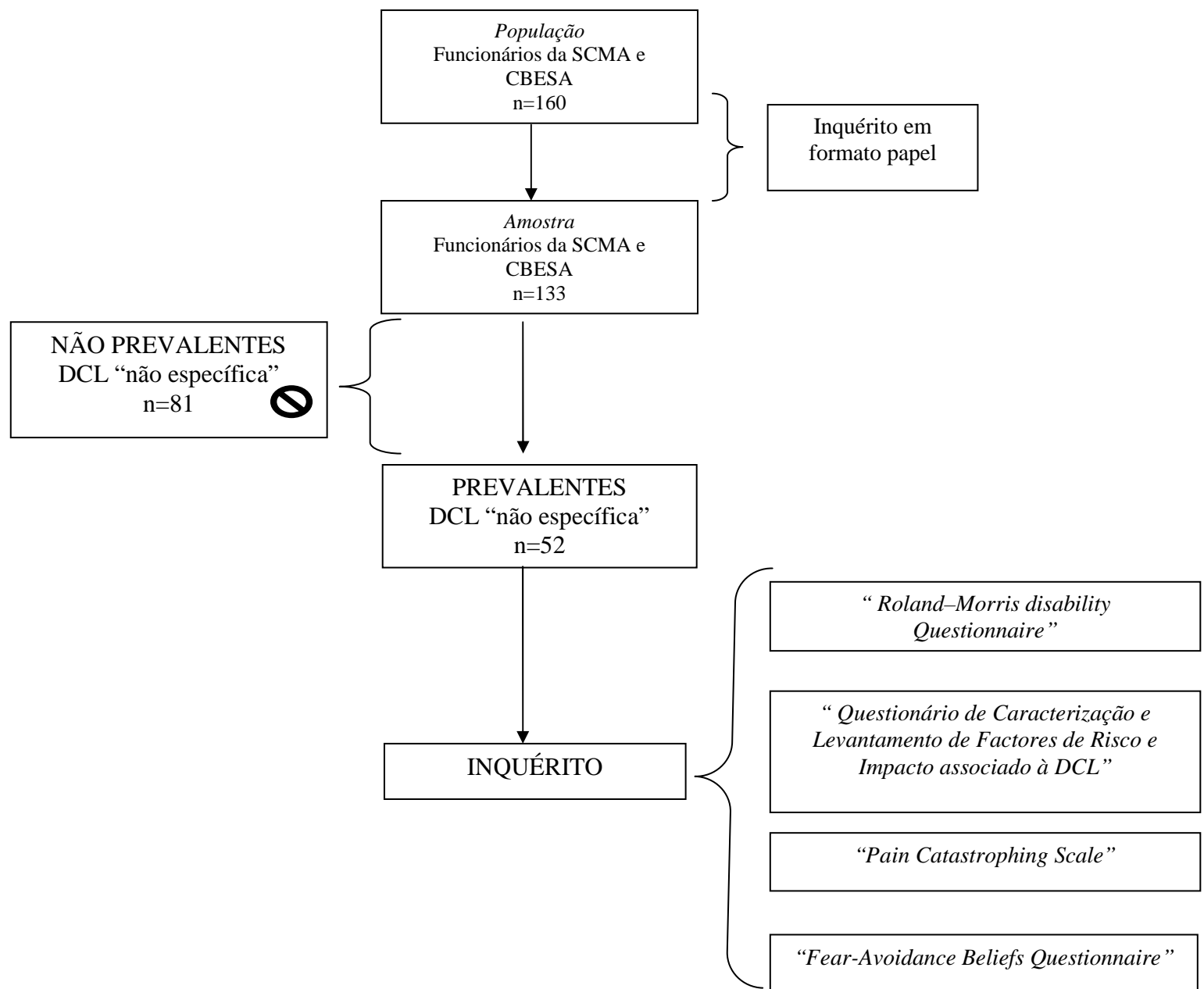


Figura 4- Procedimentos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Neste estudo, foram considerados os aspectos éticos necessários, para salvaguardar os direitos e liberdades fundamentais, dos participantes.

Deste modo, para assegurar a livre decisão por parte dos indivíduos, relativamente à sua participação ou não, na investigação, foi entregue a todos os participantes o consentimento informado (Apêndice 2). Os indivíduos, foram informados do seu direito de se retirar do estudo em qualquer momento, sem ter de se justificar e, sem incorrer em qualquer prejuízo ou penalidade.

Durante este estudo, foi igualmente salvaguardado o anonimato dos participantes. Visando respeitar estes princípios, foi utilizada uma codificação numérica para os instrumentos de recolha de dados, substituindo o nome dos participantes por um número, sendo, o processo de codificação, feito por uma terceira pessoa. Essa terceira pessoa, elaborou uma lista com o nome dos funcionários e o seu número mecanográfico e apenas forneceu aos investigadores, o número mecanográfico.

Os questionários enviados em formato de papel, foram apenas identificados, com o número mecanográfico dos funcionários. Por fim, foi ainda garantido aos participantes que os dados recolhidos seriam apenas utilizados para efeitos deste estudo e de seguida destruídos.

3.7 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para darmos resposta aos objectivos de investigação propostos, foi realizada uma revisão da literatura, sobre os instrumentos de avaliação mais adequados. Após esta revisão, e devido ao facto, de não ter sido encontrado um instrumento de recolha dos dados relativamente aos factores pessoais, ocupacionais e psicossociais, relevantes para este estudo, em português, foi construído um questionário pela autora, que foi designado por “Questionário de Caracterização e Levantamento de Factores de Risco e Impacto associado à DCL”. Para além deste questionário, este estudo, avaliou ainda: o grau de incapacidade dos participantes através do “*Roland–Morris disability Questionnaire*”; a catastrofização da dor, através do “*Pain Catastrophing Scale*” (PCS); as crenças de medo-evitamento, através do “*Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire*” (FABQ).

3.7.1 “ Questionário de Caracterização e Levantamento de Factores de Risco e Impacto associado à DCL”

O “ Questionário de Caracterização e Levantamento de Factores de Risco e Impacto associado à DCL”, foi desenvolvido, para dar resposta aos seguintes objectivos: caracterizar sócio-demograficamente a amostra; realizar um levantamento de factores de prognóstico associados à dor crónica lombar e estudar o impacto profissional auto-reportado em 2009.

O questionário desenvolvido pela autora, respeitou as seguintes etapas, definidas para a construção: *elaboração das questões; validação de conteúdo pelo painel de peritos e pré-teste* (Moreira, 2004).

1.Elaboração das questões

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, para se fundamentar o instrumento a desenvolver. Após esta pesquisa, foi realizada uma tabela para estruturar os objectivos do questionário, com as variáveis encontradas na literatura (Tabela 4).

Tabela 4-Quadro de fundamentação do “**Questionário de caracterização e levantamento de factores de risco associados à dor lombar crónica**”.

Objectivo 1	Fundamentação	Questão	Tipo de questão
Caracterizar demograficamente a amostra (sexo, idade, peso, altura e intensidade da dor)	Manchikanti, 2000; Pincus et al., 2008	1	Fechada (dicotómica)
		2	Fechada (escolha múltipla)
		3	Aberta
		4	Aberta
		5	Fechada (escala numérica)

Objectivo 2	Fundamentação	Questão	Tipo questão
Caracterizar o factor de risco profissional (profissão, actividade desempenhada e satisfação)	Daraiseh, Cronin, Davis, Shell, & Karwowski, 2010; Feng, Chen, & Mao, 2007; Manchikanti, 2000; Ryden, Molgaard, Bobbitt, & Conway, 1989.	6	Fechada (escolha múltipla)
	Levangie, 1999; Lis, Black, Korn, & Nordin, 2007; Mak et al., 2010; Manchikanti, 2000.	7	Fechada (tricotómica)
	Levangie, 1999; Cole & Grimshaw, 2003.	8	Fechada (dicotómica)
	Fernandes Rde, Carvalho, Assuncao, & Silvany Neto, 2009; Hoogendoorn et al., 2002; Lis et al., 2007; Magora, 1973; Manchikanti, 2000.	9	Fechada (escolha múltipla)
	Bigos et al., 1991; Hoogendoorn et al., 2002; Manchikanti, 2000; Papageorgiou, Croft, Thomas, Silman, & Macfarlane, 1998; Skovron, Szpalski, Nordin, Melot, & Cukier, 1994; Waddell & Burton, 2001.	10	Fechada (escolha múltipla)
Caracterizar o factor de risco educacional	Krismer & van Tulder, 2007; Kwon et al., 2006; Leclerc et al., 2009; Pincus et al., 2008	11	Fechada (escolha múltipla)
Caracterizar o factor de risco estilo de vida (exercício físico e fumar)	Krismer & van Tulder, 2007; Kwon et al., 2006; Manchikanti, 2000; Wai, Rodriguez, Dagenais, & Hall, 2008; Haskell et al., 2007.	12	Fechada (escolha múltipla)
	Bakker, Verhagen, Lucas, Koning, & Koes, 2007; Goldberg, Scott, & Mayo, 2000; Leboeuf-Yde, 1999; Levangie, 1999; McBeth & Jones, 2007.	13	Fechada (dicotómica)

Objectivo 3	Fundamentação	Questão	Tipo questão
Verificar qual o impacto da DCL na actividade laboral	Krismer & van Tulder, 2007; Waddell & Burton, 2001	14	Fechada (dicotómica)

Durante o processo de construção do questionário, os cuidados a ter foram:

- Verificar a pertinência da questão de acordo com os objectivos do estudo;
- Analisar a necessidade de ter mais de uma questão sobre o assunto, com base na pesquisa elaborada, tendo em conta as dimensões estabelecidas;
- Verificar se o questionário utilizava uma linguagem clara, de fácil entendimento e se as questões estavam adequadas aos objectivos em estudo.

2.Revisão por peritos

Após a elaboração do esboço do questionário, foi necessário proceder à validação do seu conteúdo. A **validade de conteúdo** levanta a seguinte questão:”Será que esta medida, mede realmente o que eu quero estudar?”. Para este tipo de validade, é necessário especificar o conteúdo relevante para o domínio a medir e dentro deste, verificar a importância relativa de cada componente, sendo ainda necessário, verificar se os itens seleccionados eram suficientemente abrangentes e representativos do componente a ser medido (Wilkin & Hallum, 1993).

Esta fase, implicou submeter o esboço do questionário à discussão e crítica por parte de “peritos” (indivíduos com experiência na área), permitindo avaliar deste modo, se a escolha de cada componente do instrumento, era apropriada aos domínios que se pretendiam medir, assim como, se as questões eram adequadas, face aos conceitos a serem medidos (Moreira, 2004).

Foi então elaborado um dossier para os “peritos” (Apêndice 4), do qual constava uma folha de apresentação do estudo, o questionário para validação e as questões para os “peritos” darem a sua opinião. Em apêndice, seguia também um resumo da metodologia e um quadro, para melhor perceberem a fundamentação das questões.

Este dossier foi enviado a 5 peritos de diferentes áreas, dos quais obtivemos 3 respostas (Apêndice 5). Algumas das sugestões dadas foram:

- 1.Na questão 2, o último intervalo deverá ser +65, na medida em que o extremo superior do intervalo anterior é 65 anos.

2. Na questão 10, considerar um ponto médio, equivalente a mais ou menos satisfeito – nem a categoria 2, nem a 3, traduzem essa posição. As escalas de satisfação do tipo *likert*, devem garantir um ponto médio de resposta aos participantes.

3. Na escala de resposta da questão sobre as habilitações, desagregar a categoria 4, em Grau de Licenciatura e Nível Pós-graduado (Mestrado e Doutorado), já que estes dois níveis não são homogêneos, por exemplo, no que se refere às realidades/oportunidades laborais, de uns e outros.

4. Na questão 15, na categoria 2, definir 2 a 4 vezes por mês – o que traduziria práticas menos frequentes, que podem ir de 1 vez de quinze em quinze dias a 1 vez por semana.

5. Na questão 14, incluir um primeiro nível de resposta correspondente a – menos de 1 semana, garantindo assim períodos de baixa/ausência, mais reduzidos.

6. Relativamente à questão 14, para obter informação mais concreta, especificar o número de episódios de dor, responsáveis pela falta de comparência no trabalho (Por exemplo: “Durante o ano de 2009 faltei ao trabalho devido à minha dor lombar”; “Se sim, quantas vezes?”).

7. Foi ainda referida uma alteração que foi unânime aos 3 peritos, que sugeriram a alteração da questão 11 (habilitações literárias), para a parte inicial do questionário.

Após a análise das alterações propostas, procedeu-se às modificações necessárias no questionário, obtendo a nova versão deste (Apêndice 6). Apesar das sugestões dadas pelos peritos, estes referiram que o questionário media, o que era suposto medir.

3. Pré-teste

O pré-teste, constituiu a etapa final no desenvolvimento do questionário. Após a validação de conteúdo e feitas as alterações recomendadas, o questionário foi aplicado a um grupo de indivíduos, funcionários da Santa Casa da Misericórdia do Crato e de

Monforte, instituições do distrito de Portalegre, cujos funcionários não foram incluídos na amostra deste estudo. Esta amostra foi seleccionada, pelo facto de possuir características semelhantes, às da amostra em estudo.

O objectivo nesta etapa, foi solicitar a opinião da população em estudo, acerca do questionário, permitindo que estes tecessem alguns comentários e sugestões, face à natureza, compreensão e forma das questões. Para este efeito, foram realizadas um conjunto de questões colocadas à população do pré-teste, questões estas, que estavam direccionadas para averiguar se as instruções do questionário eram claras e se os sujeitos compreendiam, todas as questões colocadas.

Antes do preenchimento, foi entregue a cada participante um formulário de consentimento informado, o questionário e o respectivo conjunto de questões de registo da opinião dos sujeitos (Apêndice 7). Este procedimento, teve uma duração aproximada de 15 minutos, dos quais, cerca 5 minutos, foram dedicados ao preenchimento do questionário.

O pré-teste, foi realizado entre os dias 20 e 26 de Julho 2010 na Santa Casa da Misericórdia de Monforte e na Santa Casa da Misericórdia do Crato. A amostra, foi constituída por 51 indivíduos, 26 dos quais eram funcionários da Santa Casa da Misericórdia de Monforte (23 versão papel e 3 versão digital) e 25 funcionários da Santa Casa da Misericórdia do Crato.

A versão final do questionário, não sofreu alterações relativamente a versão do pré-teste, dado que os resultados obtidos no pré-teste, apontavam para que o questionário era perceptível e as questões não se repetiam.

3.7.2 “Roland–Morris Disability Questionnaire”

O “*Roland–Morris Disability Questionnaire*” (RMQ), é um questionário que têm por objectivo, quantificar o grau de incapacidade funcional, em indivíduos com DL nas actividades do dia-a-dia (Roland & Morris, 1983).

O RMQ foi desenvolvido por Roland & Morris em 1982, é um questionário de auto-preenchimento, constituído por vinte e quatro questões. O seu *score* é calculado através da soma das questões assinaladas, sendo que o *score* mínimo é zero e o máximo é vinte e quatro.

A versão original do RMDQ, foi validado em 230 utentes com idades compreendidas entre 16 e 64 anos com DCL, revelando excelentes propriedades psicométricas, evidenciando boa consistência interna. O valor do *Alpha* de *cronbach* foi de 0.93 (Roland & Morris 1983).

O questionário foi adaptado e validado, para a população portuguesa, por Gil em 2006 (Anexo1). A versão portuguesa, demonstra ser uma medida fiável (coeficiente de Kappa entre 0,46 e 1; alpha Cronbach de 0,85), uma medida válida (valores de $r=0,71$ com uma escala qualitativa da dor e entre 0,52 e 0,63, com dimensões desempenho físico função física e dor do SF-36) e detentora de um bom nível de poder de resposta (tamanho do efeito= -1,09) (Gil, Cabri & Ferreira, 2009).

Outro contributo foi dado para a adaptação e validação para a língua portuguesa do Roland Morris Disability Questionnaire (RMQ) por Monteiro, Faísca, Nunes & Hipólito (2010). A análise da fidelidade das medidas, indica que o RMDQ apresenta níveis elevados de consistência interna (α de *Cronbach*: 0,81) e de estabilidade temporal (correlação teste-reteste: 0,86). A análise psicométrica mostrou, assim, que o RMDQ fornece medidas fiáveis e válidas de incapacidade, para indivíduos com DL (Monteiro et al., 2010).

3.7.3 “Pain Catastrophizing Scale” (PCS)

A “Pain Catastrophizing Scale” (PCS) foi desenvolvida em 1995 na *University Centre for Research on Pain and Disability –University of Montreal, Canadá* com o objectivo de perceber qual o impacto da catastrofização da dor na experiência da dor, em utentes com DCL (Van Damme, Crombez, Bijttebier, Goubert e Van Houdenhove, 2002).

A PCS é constituída por treze itens, divididos em três sub-escalas. Destes, quatro itens, dizem respeito à ruminação, três itens, à amplificação e seis itens, ao desamparo aprendido. O *score* de cada item varia entre zero (nunca) e quatro (sempre), sendo o *score* máximo desta escala, de cinquenta e quatro.

A escala demonstrou ter validade e fidedignidade (Van Damme, 2000 citado Van Damme et al., 2002) e uma alta consistência interna. Além disso, a análise exploratória das principais componentes da escala, ou seja, da estrutura factorial, indicam que o modelo oblíquo tri-factorial (quatro itens para o factor ruminação; três itens, para o factor amplificação e seis itens, para o factor desamparo aprendido) da PCS é o mais indicado (Van Damme, 2000; Sullivan et al. 1995, Osman. 1997, 2000 citados por Van Damme et al. 2002) e isto suporta a distinção teórica, entre a ruminação, a amplificação e o desamparo aprendido como dimensões independentes, mas fortemente relacionados da catastrofização da dor (Sullivan et al. 1995 citado por Van Damme et al, 2002).

Existem também indícios, de que o mesmo processo avaliado pela PCS, é avaliado em subgrupos diferentes e que esta escala, pode ser utilizado em vários problemas de dor severa, em diferentes contextos (Van Damme et al., 2002).

A PCS foi adaptada e validada para a população portuguesa por Jacóme e Cruz, em Dezembro de 2004 (Anexo 2). Os valores da consistência interna obtidos foram: α de *Cronbach* Total = 0,9070; α de *Cronbach* ruminação = 0,7232; α de *Cronbach* amplificação = 0,7759; α de *Cronbach* desamparo aprendido = 0,8606). As correlações existentes em relação à estabilidade temporal são moderadas a muito fortes ($ps = 0,501$ a $0,817$, média $ps = 0,691846$), positivas para um nível de significância estatística muito alta ($p=0,01$). Face aos resultados obtidos os autores consideraram que a consistência interna da PCS (versão portuguesa) é alta, e a das suas sub-escalas encontra-se entre a alta (desamparo aprendido) e a aceitável (ruminação e amplificação). A fidedignidade teste-reteste, ou estabilidade temporal dos itens da versão portuguesa da escala, indica que as correlações existentes são moderadas a muito fortes, positivas ou concordantes e os resultados podem ser generalizados para a população ($p<0,05$) (Jacóme & Cruz, 2004).

3.7.4. “Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire” (FABQ)

O FABQ apresenta como objectivos quantificar as crenças de medo-evitamento acerca do trabalho e actividade física (Waddell et al, 1993), crenças essas que constituem parte integrante do modelo de “fear-avoidance” proposto por Vlaeyen e colaboradores 1995. Vários autores, apontam o FABQ como um instrumento apropriado para identificar utentes com DL, que apresentem elevadas crenças de medo-evitamento e que possam estar com risco aumentado de incapacidade prolongada (Fritz & George, 2002; Fritz et al, 2001; Vlaeyen & Linton, 2000; Waddell et al, 1993).

O “Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire”(FABQ), é um questionário de auto-preenchimento que engloba 16 itens, numa única página e que se divide em duas sub-escalas: “*medo-evitamento e actividade física*”(5 itens) e “*medo-evitamento e trabalho*”(11 itens). O *score* de cada item varia de zero (discordo totalmente) e seis (concordo totalmente). O *score* da sub-escala, referente ao nível de crenças de medo-evitamento, em relação à *actividade física*, é calculado através de 4 itens (2,3,4 e 5), sendo, o *score* máximo 24. O *score* da sub-escala, referente ao nível de crenças de medo-evitamento, em relação ao *emprego/trabalho*, é calculado através de 7 itens (6,7,8,9,10,11 e 14), sendo, o *score* máximo 42 (Waddell et al., 1993).

Relativamente à na sub-escala *actividade física* do FABQ, Burton et al, (1999) refere que um *score* maior que quinze, é um indicador de elevadas crenças de medo-evitamento, para utentes com dor lombar que procuram cuidados de saúde primários.

No que respeita, à sub-escala *trabalho/emprego* do FABQ, Fritz & George (2002), estudaram um grupo de utentes com dor lombar aguda, relacionada com a actividade profissional, demonstrando que *scores* da sub-escala *trabalho/emprego* do FABQ, superiores a 34 estavam associados a um aumento do risco desses utentes, não voltarem ao trabalho (*positive likelihood ratio*= 3,33, 95%; intervalo de confiança= 1,65, 6,77); e *scores* inferiores a 29 da mesma sub-escala, estavam associados a uma diminuição do risco dos respectivos utentes, não voltarem ao trabalho (*negative likelihood ratio*= 0,08, 95%; intervalo de confiança=0,01, 0,54).

A versão original do FABQ foi desenvolvida por Waddel et al. (1993). Quanto à fidedignidade teste-reteste, alcançaram-se níveis aceitáveis, para todos os itens. Em 26 utentes analisados, 71% das respostas individuais, foram idênticas no reteste, o que indica uma alta reprodutibilidade, para um questionário com uma escala de *Lickert* de 7 pontos. O *Kappa de Cohen* (k), médio, para todos os 16 itens do questionário, foi 0,74. A estimativa dada pela correlação (coeficiente r de *Pearson*), entre os resultados das duas aplicações, foi de 0,95 (sub-escala de actividade física) e 0,88 (sub-escala de trabalho). A consistência interna (Alfa de *Cronbach*), foi de 0,88 para a primeira sub-escala e 0,77 para a segunda, mostrando que a estrutura do questionário, em dois sub-grupos, é estatisticamente estável (Waddel et al., 1993).

O FABQ, foi adaptado e validado para a população Portuguesa, por Gonçalves e Cruz, em Dezembro de 2004 (Anexo 3). A validação ocorreu através de um estudo quantitativo não experimental, composto por 102 utentes, com dor lombar crónica. A fidedignidade, do questionário foi validada através de uma amostra de 50 indivíduos, onde se alcançou 77% de respostas individuais idênticas no re-teste, para nível de significância de 0,001. O coeficiente r para a sub-escala de crenças de medo-evitamento, em relação à actividade física, foi de 0,835, sendo de 0,913 para a sub-escala acerca crenças de medo-evitamento, em relação ao trabalho. A estrutura interna, foi avaliada na amostra total de 102 indivíduos, tendo-se obtido através da Análise Factorial de Componentes Principais, uma estrutura de 2 factores, com uma distribuição estável, que explicam 79,99% da variância total dos 16 itens do questionário (Gonçalves & Cruz, 2007).

Na versão portuguesa, foi retirado o item 8 da versão original (“ Eu fiz um pedido de compensação laboral por causa da minha dor”), esta decisão teve em conta os pressupostos, de haver inconsistência de associação do item 8 com ambos os factores principais, os problemas associados durante o processo de tradução e aumento da consistência interna do questionário, com a sua exclusão (Gonçalves & Cruz, 2007).

A versão portuguesa do FABQ é um instrumento com uma boa fidedignidade e consistência interna, podendo ser aplicado na prática clínica, com segurança, para despiste de utentes, cujos níveis de incapacidade, não estão relacionados com a

intensidade da dor, ou sintomas, mas sim, com o medo, relacionado com a dor (Gonçalves & Cruz, 2007).

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados recolhidos neste estudo, foram analisados através do SPSS (*Statistics Package for the Social Sciences- versão 15*). O SPSS, é um programa estatístico, que permite realizar cálculos estatísticos de alguma complexidade, e visualizar os seus resultados, de forma prática e breve (Pereira, 2004).

Numa primeira fase, para a caracterização da amostra; realizar um levantamento de factores preditivos associados à dor crónica lombar; verificar o impacto profissional auto-reportado em 2009, foi utilizada uma estatística descritiva dos dados.

Numa segunda fase, seguiu-se uma análise mais aprofundada, no sentido de estabelecer se existia associação entre a incapacidade funcional auto-reportada e as variáveis psicossociais descritas na literatura. Nesta análise, procuramos identificar associações entre pares de variáveis e descrever as formas de relação identificadas.

Assim, procedeu-se a uma análise bivariada (Pestana & Gageiro, 2000). No domínio da análise bivariada, a escolha da estatística a utilizar, depende porém do nível de medida das variáveis, podendo-se distinguir entre numéricas e categóricas, e dentro das categóricas: nominais ou ordinais (Aguiar, 2007). Sendo, a normalidade da distribuição da amostra, também é um dado importante na escolha dos testes estatísticos a utilizar.

Neste trabalho, procedeu-se à escolha dos testes estatísticos, tendo em conta, um pressuposto, que as variáveis em estudo são numéricas. Para analisarmos o outro pressuposto foi analisada a normalidade da distribuição da amostra através do *Kolmogorov-Smirnov*, dado que a amostra em estudo era composta por mais de 50 indivíduos.

Analisando os pressupostos, de as variáveis em estudo serem numéricas e a distribuição da amostra não ter apresentado normalidade, foram utilizados testes não paramétricos, sendo realizada a correlação entre variáveis, através do teste de *Spearman's*.

A utilização dos testes estatísticos descritos, enquadra-se no desenho metodológico deste estudo, comportando a análise, uma componente descritiva correlacional, que apesar de averiguar uma relação entre variáveis, não implica uma noção de causa/efeito, entre as mesmas (Aguar, 2007).

IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este estudo foi realizado com o objectivo de **estudar a associação entre as variáveis catastrofização da dor, crenças de medo-evitamento da dor e intensidade da dor com a incapacidade funcional auto-reportada, numa amostra de indivíduos com DCL funcionários das IPSS de Arronches**. Secundariamente pretendeu-se analisar a prevalência da DCL e avaliar o nível de incapacidade funcional dos indivíduos com DCL.

Neste capítulo começaremos por fazer a análise descritiva dos dados referentes, à prevalência de DCL e caracterização da amostra no que diz respeito aos factores pessoais, ocupacionais e psicossociais, dos participantes deste estudo. Após esta análise descritiva, propomo-nos realizar a análise inferencial, com vista à testagem das hipóteses enumeradas no capítulo anterior.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Presença da DCL

A amostra deste estudo foi constituída por 133 indivíduos, dos quais 52 indivíduos (39,1%) refeririam DCL de acordo com a definição estabelecida (Apêndice 8) (fig.5).

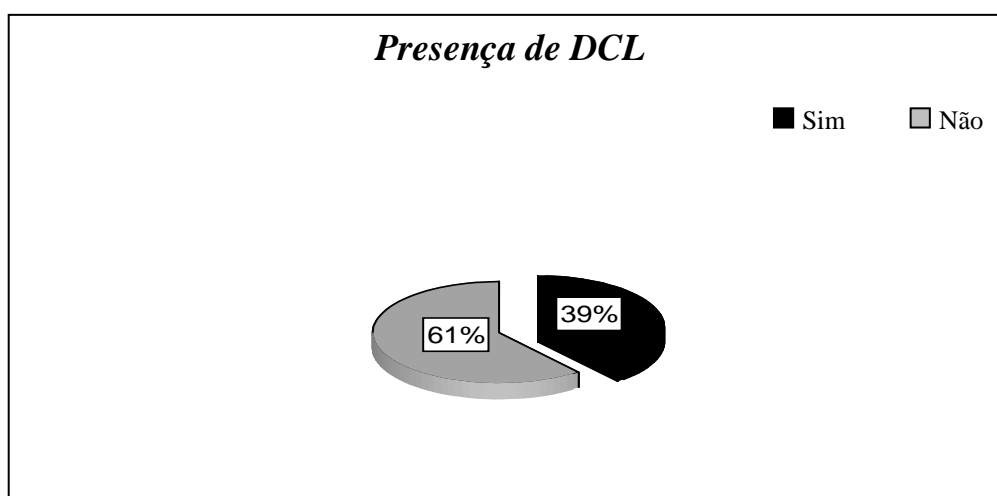


Fig.5- Presença de DCL

Variáveis pessoais

Caracterizando a amostra segundo os factores pessoais (Apêndice 9), observa-se que a maioria da amostra é do sexo feminino (84,6%), têm idades compreendidas entre 35-55 anos (55,8%) e 50% a amostra apresenta um IMC >25. A maioria 73,1% não pratica exercício físico e 65,4% não tem hábitos tabágicos. Relativamente à dor, a média é 5, tanto a actual, como a do ano 2009 (Tabela5).

Tabela 5-Caracterização da amostra segundo variáveis pessoais

Variáveis de Caracterização	N(%)	Média (DP)	Min-Max
Género			
Feminino	44(84,6)		
Masculino	8(15,4)		
Idade			
20-35	14(26,9)		
36-55	29(55,8)		
56-65	9(17,3)		
+65	0(0)		
IMC	52	25,88(±4,88)	17,7- 40
IMC classes			
<23	14(26,9)		
23-25	12(23,1)		
>25	26(50)		
Prática exercício físico			
Não Pratiquei	38(73,1)		
Pratiquei 2 a 4 vezes por mês	8(15,4)		
Pratiquei 2 a 3 vezes por semana	6(11,5)		
Pratiquei 5 a 6 vezes por semana	0(0)		
Hábitos tabágicos			
Sim	18(34,6)		
Não	34(65,4)		
Dor			
Actual (END)	52	4,6(±1,8)	1-10
Ano 2009 (END)	52	5,69(±2,05)	2-10

Variáveis Ocupacionais

No que respeita, às variáveis *ocupacionais* (Apêndice 10), pode –se observar que no campo laboral, cerca de metade da amostra que participou neste estudo (57,7%), é assistente operacional (auxiliar de lar). Relativamente a posição laboral, 88,5% dos participantes permanecem em pé, mais de 5 horas. Também cerca de metade da amostra (59,6%), realiza movimento de dobrar e rodar o tronco e a maioria (80,8%), levanta pesos superiores a 15kg, na sua actividade profissional (Tabela 5). Verificou-se ainda que o impacto da DCL nas ausências ao trabalho em 2009, foi reduzido, pois apenas 9 indivíduos (17,3 %) da amostra, faltou uma vez ao trabalho devido à DCL. E metade (55,6%) dos que faltaram demorou menos de uma semana a regressar ao trabalho (Tabela 6).

Tabela 6- Caracterização da amostra segundo variáveis ocupacionais

Variáveis de Caracterização	N(%)	Média(DP)	Min-Max
Profissão			
Administrativo	3(5,8)		
Assistente operacional	30(57,7)		
Enfermeiro	6(11,5)		
Técnico	2(3,8)		
Manutenção	0(0)		
Outra	11(21,2)		
Posição de trabalho (+ 50% do tempo trabalho)			
Sentado	5(9,6)		
Em pé	46(88,5)		
Nenhuma se aplica	1(1,9)		
Cargas mobilizadas durante o trabalho			
Cargas superiores a 15 Kg	42(80,8)		
Cargas inferiores a 15Kg	10(19,2)		
Movimentos realizados no trabalho (maioritariamente)			
Dobrar o tronco	18(34,6)		
Rodar o tronco	1(1,9)		
Ambos	31(59,6)		
Não se aplica	2(3,8)		

Ausência Laboral	
Sim	9(17,3)
Não	43(82,7)
Tempo de regresso ao trabalho (semanas)	
0-1	5(55,6)
2-4	3(33,3)
+ 12	1(11,1)

Variáveis Psicossociais

A amostra foi também caracterizada segundo as variáveis *psicossociais* (Apêndice 11), verificando-se que 42,3% da amostra, completou apenas o ensino primário. Quanto à satisfação com a sua actividade laboral, 69,2 % demonstraram estar entre muito satisfeitos e satisfeitos. O *score* médio obtido na Escala de Catastrofização da Dor, foi 16 ($\pm 10,2$), com um valor mínimo de 1 e um máximo de 40.

Relativamente à caracterização do nível de crenças de medo-evitamento, na amostra foi obtido um *score* médio para cada uma das sub-escalas, actividade física e trabalho, que constituem a “Escala de Crenças medo-evitamento da Dor”. O *score* médio da sub-escala actividade física, foi 10,71 ($\pm 7,2$), com um valor mínimo de 0 e máximo de 23 e na sub-escala trabalho, foi obtido o *score* médio 19,88 ($\pm 9,4$), sendo o mínimo 0 e o máximo 35 (Tabela 7).

Tabela 7- Caracterização da amostra segundo variáveis psicossociais

Variáveis de Caracterização	N(%)	Média (DP)	Min-Max
Nível Educacional			
Ensino Primário	22(42,3)		
Ensino Básico	14(26,9)		
Ensino Secundário	8(15,4)		
Licenciatura/Pós-Graduação	8(15,4)		
Mestrado/Doutoramento	0(0)		

Satisfação laboral			
Muito Satisfeito	17(32,7)		
Satisfeito	19(36,5)		
Mais ou menos satisfeito	14(26,9)		
Insatisfeito	0(0)		
Muito Insatisfeito	2(3,8)		
<hr/>			
Catastrofização da dor	52	16(±10,2)	1-40
	52	10,71(±7,2)	
Crenças de Medo-Evitamento sub-escala Actividade Física	52	19,88(±9,4)	0-23
			0-35
Crenças de Medo-Evitamento sub-escala Trabalho			

Incapacidade funcional auto-reportada

No presente estudo, a incapacidade foi avaliada através do Questionário Roland Morris, apresentando um *score* médio 5,87 (±5,107) (Apêndice 12) (Tabela 8). O *score* obtido é um *score* baixo, pois segundo Gil (2009), só *scores* acima de 9 (0-24) no RMQ representam uma incapacidade de moderada a elevada.

Tabela 8- Incapacidade

Incapacidade	N	Média (DP)	Min-Max
Questionário Roland Morris	52	5,87 (±5,107)	1-19

Após termos realizado a caracterização da amostra relativamente às variáveis pessoais, ocupacionais e psicossociais dos indivíduos que constituem a amostra, vamos agora passar ao estudo inferencial das variáveis em estudo. Este tipo de análise visa testar as hipóteses previamente definidas e apresentadas.

4.2. TESTE DAS HIPÓTESES

H1: *Existe uma associação positiva entre a catastrofização da dor e o nível de incapacidade funcional auto-reportada por indivíduos com DCL. Quanto maior for a catastrofização da dor, maior será o nível de incapacidade funcional auto-reportada.*

Com intuito de estudar a relação entre a catastrofização da dor e o nível de incapacidade funcional auto-reportada, por indivíduos com DCL funcionários das IPSS de Arronches, recorremos às medidas de associação, que possibilitam quantificar a intensidade e a direcção da associação entre as variáveis em estudo. Visto que, a amostra do estudo é constituída por mais de 50 indivíduos (52 indivíduos), foi utilizado o teste *Kolmogorov-Smirnov* (Apêndice 13), para analisar a normalidade da distribuição das variáveis em estudo (Tabela 9).

Tabela 9- Normalidade das variáveis em estudo incapacidade e catastrofização da dor

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	n	Statistic	Sig.
Incapacidade	52	0,219	0,000
Catastrofização da dor	52	0,135	0,020

Analisando a tabela 9 verificamos que as variáveis incapacidade e catastrofização da dor, não apresentam distribuição normal. Sendo ainda realizado o diagrama de dispersão, para verificar se as variáveis apresentavam uma relação do tipo linear (Apêndice 13). No entanto, os resultados revelaram dispersão nas observações e a presença de *outliers* que podem inflacionar as correlações. Concluiu-se então que a relação entre as variáveis não é linear, o que associado à não normalidade anteriormente demonstrada, faz com que optemos por um coeficiente de correlação não paramétrico, o Coeficiente de Correlação de *Spearman* (Apêndice 13).

Em estatística, o coeficiente de correlação de *Spearman*, é normalmente denominado pela letra grega ρ (rho), é uma medida de correlação não- paramétrica, isto é, ele avalia uma função monótona arbitrária, que pode ser a descrição da relação entre duas variáveis, sem fazer nenhuma suposições, sobre a distribuição de frequências das variáveis. Ao contrário do coeficiente de correlação de *Pearson*, este não requer a

suposição que a relação entre as variáveis é linear, nem requer que as variáveis sejam medidas em intervalo de classe; pode ser usado para as variáveis medidas no nível ordinal.

O coeficiente ρ de *Spearman* varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis. O sinal negativo da correlação, significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável, estão associadas a categorias mais baixas da outra variável (Aguiar, 2007).

No que diz respeito à quantificação dos valores obtidos, Pestana & Gageiro (2005) consideram que uma correlação é considerada muito baixa se $r < 0,2$; baixa se $0,2 < r < 0,39$; moderada, se $0,4 < r < 0,69$; alta, se $0,7 < r < 0,89$ e muito alta se $0,9 < r < 1$.

A análise das associações (tabela10), permite-nos verificar que existe associação moderada entre variáveis, catastrofização da dor e incapacidade, com o coeficiente de correlação de $R_s=0,425$, $p<0,01$.

Tabela 10- Associação entre catastrofização da dor e incapacidade funcional auto-reportada

	Incapacidade
Catastrofização da dor	0,425**

Correlação de Spearman; ** $p<0,01$

Verifica-se ainda que 18,06% ($= (0,425)^2 * 100$) da variação na incapacidade é explicada pela variável catastrofização da dor, sendo os restantes 81,94 explicados por outros factores.

Os resultados apresentados suportam a aceitação da primeira hipótese de estudo (H1), ou seja que existe associação positiva entre as variáveis catastrofização da dor e a incapacidade funcional auto-reportada.

H2: *Existe uma associação positiva, entre as crenças de medo-evitamento, relacionadas com actividade física e o nível de incapacidade funcional auto- reportada, por indivíduos com DCL funcionários das IPSS de Arronches. Quanto maior for o nível das referidas crenças de medo-evitamento, maior será o nível de incapacidade funcional auto-reportada.*

Para estudarmos a relação entre as crenças de medo-evitamento do movimento, relacionadas com actividade física e o nível de incapacidade funcional auto- reportada, por indivíduos com DCL funcionários das IPSS de Arronches, recorreremos às medidas de associação, que possibilitam quantificar a intensidade e a direcção da associação entre as variáveis em estudo. Inicialmente foi analisada a normalidade da distribuição das variáveis em estudo, através do teste *Kolmogorov-Smirnov* (tabela 11), verificando-se que a distribuição não é normal (Apêndice 14).

Tabela 11- Normalidade das variáveis em estudo incapacidade e crenças de medo-evitamento sub-escala actividade física.

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	n	Statistic	Sig.
Incapacidade	52	0,219	0,000
Crenças de Medo/Evitamento sub-escala Actividade Física	52	0,143	0,010

De seguida para perceber se as variáveis apresentavam uma relação do tipo linear, foi realizado um diagrama de dispersão (Apêndice 14). Optamos por um coeficiente de correlação não paramétrico, o Coeficiente de Correlação de *Spearman* já definido anteriormente, dado que os resultados revelaram dispersão nas observações e a presença de *outliers* e também devido ao facto da não normalidade acima demonstrada.

Observando a tabela 12, podemos verificar que não existe associações estatisticamente significativas, entre as variáveis crenças de medo-evitamento, relativas à actividade física e incapacidade funcional auto-reportada (Apêndice 14).

Tabela 12- Associação entre as variáveis crenças de medo-evitamento relativas à actividade física e incapacidade funcional auto-reportada.

	Incapacidade
Crenças de medo-evitamento Actividade Física	0,074

Correlação de Spearman; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Analisando os resultados apresentados acima, não se confirma a hipótese dois (H2) de estudo, ou seja, não existe uma associação estatisticamente significativa, entre a variável crenças de medo-evitamento, relativas à actividade física e a variável incapacidade funcional auto-reportada.

***H3:** Existe uma associação positiva, entre as crenças de medo-evitamento do movimento, relacionadas com o trabalho e o nível de incapacidade funcional auto-reportada, por indivíduos com DCL. Quanto maior for o nível das crenças de medo evitamento, relacionadas com o trabalho, maior será o nível de incapacidade funcional auto-reportada.*

Recorremos às medidas de associação, que possibilitam quantificar a intensidade e a direcção da associação entre as variáveis em estudo, com o objectivo de estudar a relação entre as crenças de medo-evitamento do movimento, relacionadas com o trabalho e o nível de incapacidade funcional auto-reportada, por indivíduos com DCL funcionários das IPSS de Arronches. Apesar de no teste de normalidade da distribuição (*Kolmogorov-Smirnov*), observar-se um $p=0,200$ (tabela 13), após a avaliação do histograma (Apêndice 15) verificou-se que não havia normalidade na distribuição. De seguida para perceber se as variáveis apresentavam uma relação do tipo linear, foi realizado um diagrama de dispersão (Apêndice 15), no entanto, os resultados revelaram dispersão nas observações e a presença de *outliers*, o que fez com que optássemos por um coeficiente de correlação não paramétrico, o Coeficiente de Correlação de *Spearman*, já referido.

Tabela 13- Normalidade das variáveis incapacidade e crenças de medo-evitamento sub-escala trabalho.

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	n	Statistic	Sig.
Incapacidade	52	0,219	0,000
Crenças de Medo/Evitamento sub-escala Trabalho	52	0,091	0,200*

*This is a lower bound of the true significance

Analisando a tabela 14, podemos observar uma associação moderada, entre as crenças de medo evitamento da dor, relativa ao trabalho, e a incapacidade funcional auto-reportada, sendo o coeficiente de correlação obtido para as crenças relativas ao trabalho e incapacidade de $R_s = 0,422$ ($p < 0,01$).

Tabela 14- Associação entre as variáveis crenças de medo evitamento da dor relativa ao trabalho e a incapacidade funcional auto-reportada.

	Incapacidade
Crenças de medo-evitamento Trabalho	0,422**

Correlação de Spearman; ** $p < 0,01$

Verifica-se ainda que 17,80% ($= (0,422)^2 * 100$) da variação da incapacidade é explicada pelas crenças de medo evitamento relativas ao trabalho, sendo os restantes 82,2 explicados por outros factores.

Podemos assim constatar, que os dados apresentados, suportam a aceitação da terceira hipótese de estudo (H3), ou seja, que existe associação positiva entre as variáveis, crenças de medo evitamento da dor, relativa ao trabalho e a incapacidade funcional auto-reportada.

H4: *Existe uma associação positiva entre a percepção da intensidade actual da dor e o nível de incapacidade funcional auto-reportada, por indivíduos com DCL. Quanto maior a intensidade de dor percebida pelos indivíduos, maior será o nível de incapacidade auto-reportada.*

Com o objectivo de estudar a relação entre a variável intensidade da dor actual e o nível de incapacidade recorreu-se a medidas de associações para possibilitar a quantificação da intensidade e a direcção da associação entre as variáveis referidas. Realizou-se então, numa primeira fase, a análise individual da distribuição da normalidade da variável intensidade de dor actual (tabela15) e da variável incapacidade (tabela 15).

Tabela 15 – Normalidade da variável em estudo incapacidade e intensidade da dor actual.

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	n	Sig.
Incapacidade	0,219	52	0,000
Intensidade da dor actual	0,147	52	0,007

Pela observação da tabela 15, verifica-se que a distribuição estudada não é normal para a variável intensidade de dor actual.

Posteriormente, realizou-se um diagrama de dispersão (Apêndice 16), para verificar se as variáveis apresentavam uma relação do tipo linear no sentido de definir que análise se efectuaria para o teste da hipótese 4. Os resultados obtidos revelaram uma dispersão nas observações e a presença de *outliers* que podem inflacionar as correlações. Assim conclui-se que não existe uma tendência linear na associação entre estas duas variáveis, o que associado à não normalidade demonstrada anteriormente nos indica o uso do coeficiente de correlação não paramétrico, o coeficiente de correlação de *Spearman*, já descrito anteriormente.

Tabela 16- Associação entre a dor actual e a incapacidade funcional auto-reportada.

	Incapacidade
Dor Actual	0,177

Ao observar as correlações na tabela 16, verifica-se que não existe uma associação estatisticamente significativa entre a variável intensidade da dor actual e a incapacidade, Tendo em conta os resultados apresentados não se confirma a hipótese 4 do estudo, ou seja neste estudo não se verifica uma associação positiva entre a variável intensidade da dor actual e a incapacidade auto-reportada por indivíduos com DCL.

***H5:** Existe uma associação positiva, entre a intensidade da dor percebida em 2009 e o nível de incapacidade funcional auto-reportada, por indivíduos com DCL. Quanto maior for a intensidade da dor percebida em 2009, maior será o nível de incapacidade funcional auto-reportada.*

Com o objectivo de estudar a relação entre a intensidade da dor percebida e o nível de incapacidade funcional auto-reportada, por indivíduos com DCL, recorremos às medidas de associação, que possibilitam quantificar a intensidade e a direcção da associação entre as variáveis em estudo. Através da realização do teste *Kolmogorov-Smirnov*, analisou-se a normalidade da distribuição das variáveis em estudo, observando-se um $p = 0,011$, podendo assim concluir que não existe normalidade. Foi ainda realizado um diagrama de dispersão (Apêndice 17), observando-se que os resultados obtidos apresentavam dispersão nas observações e a presença de *outliers* que podem inflacionar as correlações. Concluiu-se então que a relação entre as variáveis não é linear, o que associado à não normalidade anteriormente demonstrada, faz com que optemos por um coeficiente de correlação não paramétrico, o Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

A análise das associações (tabela 17), permite-nos verificar que existem associações estatisticamente significativas entre as variáveis intensidade da dor percebida em 2009 e incapacidade funcional auto-reportada. A associação entre a dor em 2009 e incapacidade é baixa e positiva, considerando $R_s = 0,291$, $p < 0,05$.

Tabela 17- Associação entre as variáveis dor em 2009 e incapacidade funcional auto-reportada.

	Incapacidade
Dor percebida em 2009	0,291*

Correlação de Spearman; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Verifica-se ainda que 8,47% ($= (0,291)^2 * 100$) da variação na variável incapacidade é explicada pela variável dor em 2009, sendo os restantes 91,53 explicados por outros factores.

Os resultados apresentados suportam a aceitação da quinta hipótese de estudo (H5), ou seja que existe associação positiva entre as variáveis dor percebida em 2009 e a variável incapacidade funcional auto-reportada.

V. DISCUSSÃO

A DCL é um problema com grande prevalência e aumento de incidência ao longo dos últimos anos. Vários estudos de diferentes países, tem estudado a **prevalência de DCL** em diferentes populações, por exemplo Freng et al. (2007) descreve que indivíduos funcionários hospitalares da Turquia, apresentam uma prevalência que oscila entre 8,6 a 12,8%.

Constatando que não existem estudos, que analisem populações equivalentes à deste estudo (funcionários de IPSS), a população com algumas semelhanças relativamente às categorias profissionais estudadas, serão as populações hospitalares. Avaliando a prevalência obtida no presente estudo, 39,1% dos indivíduos apresentavam DCL, podemos verificar que esta prevalência é mais elevada do que a prevalência obtida no estudo realizado por Freng et al. (2007).

A **incapacidade**, comum entre os indivíduos com DCL, é determinada por vários factores e apresenta um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos. (Kovacs et al, 2005a).

Um dos objectivos deste estudo, à semelhança de estudos de outros autores (Meyer et al, 2009; Woby et al, 2007) prendeu-se com a avaliação do nível de incapacidade em indivíduos com DCL, sendo este avaliado através do RMQ. Pudemos verificar que o nível de incapacidade é baixo apresentando um *score* de 5,87 ($\pm 5,107$) no RMQ, sendo que segundo Gil (2009), só um *score* acima de 9 (0-24) na RMQ representa uma incapacidade de moderada a elevada. Estudos semelhantes que avaliaram a incapacidade através do RMQ apresentaram *scores* 11,6 e 13,2, podendo considerar-se um grau de incapacidade moderada (Meyer et al, 2009; Woby et al, 2007).

O nível de incapacidade encontrado no nosso estudo, é inferior aos estudos realizados por Meyer et al, (2009) e Woby et al, (2007). As diferenças encontradas entre o presente estudo e os estudos já realizados (Meyer et al, 2009; Woby et al, 2007)., podem dever-se ao facto de estes terem sido realizados, em diferentes contextos. O estudo em questão, foi realizado no local de trabalho dos indivíduos, enquanto que os estudos realizados por Meyer et al, (2009) e Woby et al, (2007), foram elaborados em unidades de saúde, local onde os indivíduos já tinham recorrido, devido à sua dor.

Caracterização da amostra segundo variáveis pessoais, ocupacionais e psicossociais

No que respeita às *variáveis pessoais*, a amostra em estudo foi constituída por 52 indivíduos com DCL, maioritariamente do género feminino (84,6%), com uma média de idades compreendida entre 36-55anos (55,8%). Estes dados estão de acordo com estudos já realizados referentes à DCL, noutros países e em Portugal. No estudo realizado por Woby et al. (2007), a população, era maioritariamente constituída por indivíduos do género feminino, com idade média de 43.9 anos. Em Portugal, num estudo realizado pela “*Pain Proposal*”, observou-se que a prevalência da dor é significativamente maior nas mulheres e que aumenta com a idade em ambos os sexos (Castro-Lopes et al, 2010).

Observou-se também, que a amostra do nosso estudo é constituída por 50% de indivíduos com excesso de peso e obesidade (IMC >25), dados que estão de acordo com alguns estudos que referem, existir uma associação entre altos níveis de IMC e a DCL (Levangie, 1999; Manchikanti, 2000; Toda et al. 2000; Mortimer et al. 2001 e Shiri et al.,2009). No estudo desenvolvido por Kwon et al (2006), 41,5% amostra em estudo também apresentava um IMC >25.

Relativamente aos estilos de vida, a amostra em estudo é sedentária, sendo que, 73,1% não pratica actividade física. Apesar de o tabagismo apresentar associação com a DL (Alkherayf & Agbi, 2009; Shiri et al, 2010; Levangie, 1999), neste estudo a maioria da amostra não apresenta hábitos tabágicos (65,4%).

No que respeita à variável intensidade da dor actual e percebida em 2009, neste estudo foram avaliadas através do END. Tendo-se obtido uma intensidade de 4 para a dor actual e de 5 relativamente à dor percebida em 2009. Estamos assim perante dor moderada, de acordo com Turner et al (2004) que descreve a intensidade ligeira inferior a 4; moderada até 6 e intensidades de 7 a 10 são consideradas elevadas.

À semelhança do nosso estudo alguns autores também caracterizaram as suas amostras de indivíduos com DCL, quanto à variável intensidade da dor, medida com a END, observando valores mais próximos com os do nosso estudo, variando entre 4,7 a 5 (Maughan & Lewis, 2010; Meyer et al, 2009; Reneman et al., 2007).

Relativamente às variáveis *ocupacionais*, podemos observar que no campo laboral, metade da amostra (57,7%), que participou neste estudo, é assistente operacional. Isto deve-se ao facto de ser esta, a categoria profissional com maior volume de profissionais, nas instituições em estudo, apesar de também existirem outros profissionais, tais como, administrativos, cozinheiros, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, animadores, psicólogos e terapeutas da fala.

Ainda no campo laboral, 88,5% dos indivíduos permanecem mais de metade do seu tempo de trabalho na posição de pé, aproximadamente metade (59,6%) da amostra realiza movimentos de flexão e rotação do tronco e a maioria (80,8%) dos indivíduos, levanta pesos superiores a 15kg, na sua actividade profissional.

Revendo a literatura, podemos ver que já alguns estudos foram realizados em instituições de saúde de outros países, para avaliar qual a profissão com maior associação à DCL; quais os movimentos com maior associação à DCL, e se o facto de levantar cargas durante o trabalho, apresenta alguma relação com a dor. Vários estudos (Daraiseh et al., 2010; Feng, Chen, & Mao, 2007; Manchikanti, 2000), referem que as profissões, enfermagem e assistente operacional, são profissões com grande prevalência de DCL, sendo consensual entre os autores, que os factores de risco ocupacional, levantamento de cargas elevadas e más posturas no trabalho, são os que parecem ter uma relação mais directa na dor lombar, nestas populações.

.

O impacto da DCL nas ausências ao trabalho, foi outro aspecto avaliado neste estudo, verificando-se reduzido, pois apenas 17,3 % da amostra, faltou uma vez ao trabalho devido à DCL. Facto que contraria os resultados reportados noutros estudos realizados em indivíduos com DCL, que descrevem que 62% dos indivíduos com DCL que recorreram aos cuidados médicos, já tinham permanecido de atestado médico por mais de que uma vez, devido à DCL. (Lefevre-Colau, et al., 2009; Wynne-Jones; Dunn & Main, 2008).

Foi analisada a literatura para encontrar uma possível explicação para estes resultados. No estudo realizado por Pincus et al., (2008), é avaliada a remuneração mensal e a sua associação com a DCL. Assim, uma possível explicação assenta no facto de amostra do estudo ser constituída por indivíduos com baixa remuneração, pelo que o apoio social em caso de baixa médica, é menor que o salário que auferem, o que faz com que a ausência laboral ocorra apenas em caso de grande incapacidade.

Observando as variáveis *psicossociais*, os indivíduos da amostra apresenta um baixo nível educacional, 42,3% da população do estudo, apenas concluiu o ensino primário, facto que está de acordo com os resultados referidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), que referem que os indivíduos do Alentejo, apresentam baixo nível de escolaridade. Estes resultados confirmam ainda, estudos que referem que a DCL, está fortemente associada ao nível educacional, ou seja, demonstra uma relação inversa entre a escolaridade e a incapacidade. De uma maneira geral, verificamos que os indivíduos com menor escolaridade, normalmente têm actividades laborais que envolvem maiores cargas físicas (Leclerc et al., 2009). Sendo que as maiores cargas físicas, reflectem-se no aumento da probabilidade de desenvolver DCL.

Quanto à satisfação com a sua actividade laboral, 69,2 % dos indivíduos demonstraram estar entre muito satisfeitos e satisfeitos com o seu trabalho. Resultado que contraria o referido na literatura, pois esta refere que a insatisfação laboral está relacionada com a DCL, ou seja, quanto maior for o grau de insatisfação, maior será a incidência da dor (Bigos et al., 1991; Hoogendoorn et al., 2002; Manchikanti, 2000; Papageorgiou, et al.1998; Skovron, et al.1994; Waddell & Burton, 2001). No entanto, Lefevre-Colau, et al. (2009), numa sub amostra de trabalhadores activos com DCL, registaram, que 59,4% dos trabalhadores encontravam-se satisfeitos com o seu trabalho, dado que se assemelha com o nosso estudo.

A população em estudo, apresenta um nível de catastrofização da dor moderado, com *score* médio obtido na Escala de Catastrofização da Dor, de 16 ($\pm 10,2$), *score* que se assemelha aos resultados do estudo realizado por Meyer et al, (2009), no qual a população também apresenta um nível de catastrofização moderado, *score* 19, 2 ($\pm 10,3$) na PCS.

Relativamente à caracterização do nível de crenças de medo-evitamento, na amostra foi obtido um *score* médio, para cada uma das sub-escalas, actividade física e trabalho, que constituem a “Escala de Crenças medo-evitamento da Dor”. O *score* médio da sub-escala actividade física, foi 10,71 ($\pm 7,2$), com um valor mínimo de 0 e máximo de 23. Segundo Burton et al, (1999) um *score* maior que 15, na sub-escala *actividade física* do FABQ, é um indicador de elevadas crenças de medo-evitamento, para utentes com dor

lombar. Pode assim verificar-se que relativamente à sub-escala actividade física, os indivíduos da amostra, apresentam baixas crenças de medo evitamento.

No que se refere à sub-escala trabalho, foi obtido o *score* médio 19,88 ($\pm 9,4$), sendo o mínimo 0 e o máximo 35.

Os valores encontrados, corroboram com outros valores já obtidos noutros estudos, tal como no estudo realizado por Meyer et al, (2009), no qual o *score* médio da sub-escala, actividade física, foi 12 ($\pm 6,4$) e na sub-escala trabalho, foi obtido o *score* médio 19,4 ($\pm 11,8$).

Analizando os estudos em indivíduos com DCL, constata-se que a dimensão trabalho obteve sempre valores médios mais altos que a dimensão actividade física, como o observado no nosso estudo.

Associação entre catastrofização da dor e grau de incapacidade funcional auto-reportada

A **H1** colocada, referia que existe uma associação positiva entre a catastrofização da dor e o nível de incapacidade funcional, reportada por indivíduos com DCL. Quanto maior for a catastrofização da dor, maior será o nível de incapacidade funcional auto-reportado. Observando os resultados obtidos constatou-se que a catastrofização da dor demonstrou ser uma variável com associação moderada à incapacidade com valor de $rs = 0,425$ ($p < 0,01$), representando uma variância de 18,06% da incapacidade nestes indivíduos. Analisando o estudo realizado por Meyer et al. (2009), também se encontrou correlação moderada ($r = 0,54$, $p < 0,005$) entre catastrofização da dor e a incapacidade funcional auto-reportada.

A catastrofização da dor é explicada pelo modelo de medo-evitamento. Este refere que há indivíduos que interpretam as experiências dolorosas como uma ameaça, surgindo os pensamentos catastróficos. Estes pensamentos, levam ao desenvolvimento de depressão, somatização e incapacidade, entrando num ciclo. Desta forma, a identificação dos pensamentos catastróficos, não deve ser avaliada só quando estamos perante dor crónica, mas numa fase aguda, para minimizar o desenvolvimento de medo da dor, evitamento dos movimentos e consequente incapacidade.

Associação entre crenças de medo-evitamento da dor relacionada com actividade física e nível de incapacidade funcional auto-reportada

No que diz respeito, à associação entre crenças de medo-evitamento da dor, relacionada com actividade física e nível de incapacidade funcional auto-reportada, foi levantada a hipótese H2, que referia existir uma associação positiva entre as crenças de medo-evitamento do movimento, relacionadas com actividade física e o nível de incapacidade funcional, reportada por indivíduos com DCL. Quanto maior for o nível das crenças de medo evitamento, relacionadas com a actividade física, maior será o nível de incapacidade funcional auto-reportada. Esta hipótese foi rejeitada, por não ter sido encontrada neste estudo, uma correlação estatisticamente significativa.

Estes resultados contrariam os resultados obtidos no estudo realizado por Woby et al.(2004) , em que a catastrofização da dor e crenças de medo-evitamento da dor, relativas ao trabalho e actividade física, contribuem cada uma de forma independente, para o prognóstico da incapacidade, através da variância de 5%,7% e 19% respectivamente. No mesmo estudo as crenças de medo-evitamento, relativas à actividade física, são entre as três variáveis psicossociais supracitadas, as únicas que contribuem para prognóstico de elevado nível de incapacidade.

O facto para neste estudo não se encontrar uma relação entre as crenças de actividade física e a incapacidade poderá ter-se devido à inexistência de hábitos de actividade física (73,1%) nos indivíduos que constituem a amostra, visto que eles experienciam a dor, mas não praticaram actividade física.

Associação entre crenças de medo-evitamento da dor relacionada com o trabalho e nível de incapacidade funcional auto-reportada

A hipótese 3, proposta neste estudo, afirmava que “existe uma associação positiva entre as crenças de medo-evitamento do movimento relacionadas com o trabalho e o nível de incapacidade funcional auto- reportada, por indivíduos com DCL. Quanto maior for o nível das crenças de medo evitamento, relacionadas com o trabalho, maior será o nível de incapacidade funcional auto-reportada”.

Neste contexto, avaliando o valor de $r = 0,422$ ($p < 0,01$) obtido entre o nível de crenças medo evitamento, relativas ao trabalho e o grau de incapacidade funcional auto-

reportada, observou-se uma associação moderada entre as duas variáveis representando uma variância de 17,80% da incapacidade nestes indivíduos, suportando a aceitação da terceira hipótese de estudo(H3). Esta associação pode ser explicada, pelo facto da actividade laboral da maioria da amostra, ser exigente fisicamente, referindo no inquérito que realizam, movimentos de flexão e rotação do tronco em simultâneo na maioria do seu tempo de trabalho, bem como, levantam cargas superiores a 15 kg.

Resultados semelhantes foram encontrados em 2009 por Meyer et al. com $r = 0,70$ ($p < 0,05$) na correlação entre o nível de crenças medo evitamento, relativas ao trabalho e o grau de incapacidade funcional auto-reportada, que correspondem a uma correlação alta.

Num estudo realizado por Waddell (2004), utilizando o FABQ, demonstrou que as crenças de medo-evitamento, relativamente a actividade profissional, se encontravam fortemente relacionadas com a incapacidade de realizar as actividades diárias e o absentismo laboral, suportando deste modo os resultados obtidos.

Associação entre intensidade da dor actual e a percepcionada em 2009 e grau de incapacidade funcional auto-reportada

As hipótese quatro (H4) e hipótese cinco (H5) propostas neste estudo foram que: “existe uma associação positiva entre a intensidade da dor actual e o nível de incapacidade funcional reportada por indivíduos com DCL. Quanto maior for a intensidade da dor actual, maior será o nível de incapacidade funcional auto-reportado” e “existe uma associação positiva entre a intensidade da dor percepcionada em 2009 e o nível de incapacidade funcional reportada por indivíduos com DCL. Quanto maior for a intensidade da dor em 2009, maior será o nível de incapacidade funcional auto-reportado”. Após a análise dos resultados, a H4 não foi confirmada, pois não foi encontrada neste estudo, uma correlação estatisticamente significativa. Mas no que respeita à H5 observando os dados obtidos ($r = 0,291$, $p < 0,05$) verificou-se uma correlação baixa, no entanto significativa, fornecendo assim razões para suportar a hipótese formulada.

Estes resultados vão apenas ao encontro de estudo realizado por Gheldof, et al. (2010), que registou uma correlação baixa entre a intensidade da dor e a incapacidade, com valor de $r = 0,37$. Outros estudos realizados por Denison, et al.(2004) e Meyer, et al.

(2009) obtiveram correlações moderadas. Estes resultados confirmam a ideia que, a intensidade da dor tem associação positiva com o nível de incapacidade auto-reportada, no sentido de, quanto maior for a intensidade da dor maior será a incapacidade auto-reportada. No entanto, esta associação não se verificou neste estudo. Uma possível explicação, pode assentar no nível educacional baixo da amostra em estudo, factor que pode levar a uma somatização da dor (van Tulder et al., 2002). Existem resultados que demonstram que quanto menor for o grau de escolaridade, maior é a relevância que à dor é atribuída (Leclerc et al., 2009). Outro factor que também pode ter potenciado a dor, é o facto de os indivíduos saberem que estão a participar num estudo que a vai avaliar.

Neste trabalho a autora fez a opção de apenas relacionar a catastrofização da dor, as crenças de medo evitamento e a dor percebida em 2009 com a incapacidade auto-reportada. Na base desta escolha esteve o facto de serem estas, as variáveis que na literatura apresentam maior associação com incapacidade.

No entanto, todos os resultados acima apresentados, devem ser lidos tendo em conta algumas limitações identificadas neste estudo.

Neste contexto uma fonte de erro, que é pertinente mencionar, é o desenho metodológico deste estudo, pois este irá condicionar as conclusões a retirar. Devido à natureza descritiva da investigação, a interpretação dos dados, deve ser feita unicamente sobre a amostra, não sendo possível extrapolar dados sobre a população. Ainda relativamente ao desenho do estudo, devido a este ser um desenho transversal, as correlações não devem ser consideradas como efeitos causais.

Outra fonte de erro a salientar é o facto de a literacia não fazer parte dos critérios de inclusão da amostra, pode ter ocorrido o facto de os participantes não terem compreendido as questões que constituíam o questionário. Para tentar minimizar este aspecto, durante o preenchimento dos questionários, a autora do estudo esteve presente para esclarecer alguma dúvida que surgisse, as dúvidas esclarecidas eram apenas relacionadas com questões de compreensão da língua de portuguesa, tentando que em situação alguma a explicação dada pela autora interferisse na resposta. No entanto, é sempre de considerar alguma influência por parte da autora, ainda que involuntária.

Podemos ainda, tecer algumas considerações sobre, possíveis viéses no que diz respeito aos critérios de inclusão na amostra, dado que estes são de auto- preenchimento, o que pode levar alguns indivíduos a não perceberem os critérios.

Outro dado também importante é o facto de o instrumento utilizado ter sido realizado pela autora, além de ter sido submetido a um painel de *expert*, não é um instrumento validado. Temos ainda a forma de recolha de dados, auto-preenchimento, podendo os participantes não responderem a alguma questão por opção/esquecimento, ou não terem percebido o pretendido. Outro possível viés no que diz respeito ao preenchimento do instrumento, é a desejabilidade social, ou seja, ao facto de que em questionários desta natureza, por vezes os indivíduos seleccionam as respostas que julgam ser socialmente mais aceitáveis.

Outra limitação a evidenciar, foi que os resultados deste estudo não permitiram determinar a capacidade preditiva na relação entre as variáveis. Este tipo de relação apenas pode ser testado com recurso à Regressão Linear, no entanto, o não cumprimento da distribuição linear e normal das respectivas variáveis, impossibilitou a utilização desta técnica estatística, e dessa forma a determinação da capacidade preditiva das variáveis.

VI. CONCLUSÕES

A DCL “não específica” é actualmente reconhecida como um dos maiores problemas a nível social, económico e médico, e é uma das maiores causas de despesas médicas, sobrecarga dos sistemas de saúde, absentismo laboral e incapacidade para os utentes, representando um grande desafio para os profissionais de saúde (Waddell, 2004).

Apesar de existirem vários estudos sobre esta temática noutros países, em Portugal ainda são poucos os estudos existentes, pelo que o presente estudo, pretende dar um contributo sobre a relação entre incapacidade funcional auto-reportada e os factores psicossociais, em funcionários das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) de Arronches.

No âmbito deste trabalho de investigação, propomo-nos a realizar um estudo observacional, transversal, tendo como principal objectivo analisar a **associação entre as variáveis catastrofização da dor, crenças de medo-evitamento e intensidade da dor com a incapacidade funcional auto-reportada, numa amostra de indivíduos com DCL não específica, funcionários de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) de Arronches**. Secundariamente pretendeu-se analisar a prevalência da DCL e avaliar o nível de incapacidade funcional dos indivíduos com DCL.

O objectivo principal foi cumprido, sendo possível referir que existe uma associação positiva e moderada entre catastrofização da dor e a incapacidade funcional auto-reportada, e também entre crenças de medo-evitamento relativamente ao trabalho e a incapacidade funcional auto-reportada. Relativamente à associação entre a dor percebida em 2009 e a incapacidade funcional auto-reportada, a associação foi positiva e baixa. Não sendo encontrada associação entre crenças de medo-evitamento, relativamente à actividade física e a incapacidade funcional auto-reportada, nem entre a dor actual e a incapacidade funcional auto-reportada, em indivíduos com DCL não específica.

Neste estudo, observou-se que os indivíduos com maiores níveis de catastrofização da dor e crenças de medo- evitamento da dor relacionada com o trabalho, apresentam maior nível de incapacidade auto-reportada.

Relativamente aos outros objectivos definidos neste estudo, verificou-se que 39,1% dos funcionários das IPSS de Arronches apresentavam DCL, podendo dizer-se que estamos perante uma prevalência elevada. No que respeita à incapacidade funcional auto-reportada pelos funcionários das IPSS de Arronches, esta foi baixa, com score de 5 no RMQ.

O presente estudo permitiu também caracterizar a amostra de indivíduos com DCL relativamente a variáveis pessoais, ocupacionais e psicossociais. No que respeita aos *variáveis pessoais*, verificou-se que a amostra em estudo foi constituída por 52 indivíduos com DCL, maioritariamente do género feminino (84,6%), com uma média de idades compreendida entre 36-55anos (55,8%), metade da amostra apresentam excesso de peso e obesidade (IMC>25), a maioria (73,1%) não pratica actividade física e também não apresenta hábitos tabágicos (65,4%).

Os funcionários da IPSS de Arronches, apresentam uma intensidade da dor actual de 4 e intensidade da dor percebida em 2009 de 5 na END.

Relativamente às variáveis *ocupacionais*, pode observar-se que no campo laboral, metade da amostra (57,7%), que participou neste estudo, é assistente operacional. Relativamente às condições de desempenho profissional na amostra em estudo, 88,5% dos indivíduos permanecem em pé, mais de 5 horas, 59,6% da amostra, realizam movimentos de flexão e rotação do tronco e a maioria (80,8%), levantam pesos superiores a 15kg, na sua actividade profissional.

Verificou-se ainda que o impacto da DCL nas ausências ao trabalho, foi reduzido, pois apenas 17,3 % da amostra, faltou uma vez ao trabalho devido à DCL, e o tempo que levaram a retomar o trabalho, foi uma semana.

Observando as variáveis *psicossociais*, os funcionários das IPSS de Arronches apresentam um nível educacional baixo, em 42,3% da amostra, apenas concluiu o ensino primário. Quanto à satisfação com a sua actividade laboral, 69,2 % dos indivíduos demonstraram estar entre satisfeitos e muito satisfeitos, dado que contraria o referido na literatura.

A população em estudo, apresenta um nível de catastrofização moderado. No que respeita, às crenças de medo-evitamento, esta apresenta baixas crenças relativamente à actividade física e moderadas crenças relativamente à actividade laboral.

Os resultados deste estudo, ainda que inseridos num contexto exploratório, contribuíram para identificar a prevalência de trabalhadores com DCL não específica, nas IPSS de Arronches; caracterizar o nível de incapacidade funcional auto-reportada pela população do estudo e observar as associações entre catastrofização da dor, crenças de medo-evitamento e intensidade da dor com a incapacidade funcional auto-reportada.

Este estudo deu mais um contributo científico, na medida em que veio confirmar os dados descritos na literatura, que referem que as variáveis psicossociais, catastrofização da dor e crenças de medo-evitamento da dor e a variável intensidade da dor, estão associadas positivamente à incapacidade dos indivíduos com DCL.

No futuro, tendo em conta a limitação anteriormente referida, da não normalidade da distribuição da amostra verificada neste estudo, sugere-se a realização de um estudo semelhante, com uma amostra de maior dimensão, assegurando uma distribuição normal, permitindo determinar a capacidade preditiva na relação entre as variáveis estudadas, bem como colocar a hipótese da pertinência do estudo de outras variáveis.

Com esta investigação, julgamos ter dado mais um contributo ao nível do conhecimento da DCL em Portugal, na medida em que foram estudados os indivíduos com DCL numa população específica (funcionários das IPSS de Arronches), nunca antes estudada. O presente estudo facultou mais informação sobre a DCL, contribuindo para facilitar o planeamento e desenvolvimento de acções de prevenção ou, para o tratamento mais efectivo, alertando os fisioterapeutas para a importância que as variáveis psicossociais assumem na DCL.

Contudo, os benefícios não serão só para os fisioterapeutas que trabalham com esta condição, mas para todos os indivíduos com DCL e entidades empregadoras, permitindo uma redução significativa do impacto da DCL. Perante os resultados do estudo, as instituições envolvidas, poderão realizar programas de prevenção da DCL, mais efectivos, direccionando-os para as variáveis psicossociais que apresentaram maior associação com incapacidade (catastrofização da dor e crenças de medo evitamento, relacionados com o trabalho).

VII.BIBLIOGRAFIA

Aguiar, P. (2007). *Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. Climepsi: Lisboa.

Arokoski,J; Valta, T; KanKaanaapaa, M & Airaksinen, O .(2004). Activation of lumbar paraspinal and abdominal muscles during therapeutic exercises in chronic low back pain patients. *Archive Physical Medicine Rehabilitation*, 85(5), 823-32.

Alkherayf, F & Agbi,C. (2009). Cigarette smoking and chronic low back pain in the adult population. *Clin Invest Med* ; 32 (5); E360-E367

Andersson,G. (1999). Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*, 354,581-585.

Baker, M. et al. (2009). Improving the Current and Future Management of Chronic Pain- A European Consensus Report. *PAIN Proposal*.

Bakker, E. W., Verhagen, A. P., Lucas, C., Koning, H. J., & Koes, B. W. (2007). Spinal mechanical load: a predictor of persistent low back pain? A prospective cohort study. *Eur Spine J*, 16(7), 933-941.

Bigos, S. J., Battie, M. C., Spengler, D. M., Fisher, L. D., Fordyce, W. E., Hansson, T. H. (1991). A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. *Spine (Phila Pa 1976)*, 16(1), 1-6.

Burton, A. et al (1999). Information and advice to patients with back pain can have a positive effect: a randomized controlled trial a novel educational booklet in primary care. *Spine*. 24 , 2484-2491.

Burton, K.; McClune, Clarke e Main (2004). Long-term follow-up of patients with low back pain attending for manipulative care: outcomes and predictors. *Manual Therapy*, 9, 30-35.

Castro-Lopes, J; Saramago, P; Romão, J e Paiva, M. (2010). A Dor Crónica em Portugal. *PAIN Proposal*.

Cole, M. H., & Grimshaw, P. N. (2003). Low back pain and lifting: a review of epidemiology and aetiology. *Work*, 21(2), 173-184.

Costa, L et al.(2009) Prognosis for patients with chronic low back pain :inception cohort study. *BMJ*.

Crombez, G; Vlaeyen, J; Heuts, P & Lysens,R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 329-339.

Currie, S & Wang, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*, 107, 54-60.

Daraiseh, N. M., Cronin, S. N., Davis, L. S., Shell, R. L., & Karwowski, W. (2010). Low back symptoms among hospital nurses, associations to individual factors and pain in multiple body regions. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 40(1), 19-24.

Denison, E; Asenlof, P & Lindberg, P. (2004). Self-efficacy fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain*, 111, 245-252.

Feng, C. K., Chen, M. L., & Mao, I. F. (2007). Prevalence of and risk factors for different measures of low back pain among female nursing aides in Taiwanese nursing homes. *BMC Musculoskeletal Disord*, 8, 52.

Fernandes Rde, C., Carvalho, F. M., Assuncao, A. A., & Silvany Neto, A. M. (2009). Interactions between physical and psychosocial demands of work associated to low back pain. *Rev Saude Publica*, 43(2), 326-334.

Fritz, J. et al. (2001). A comparison of a modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire and the Quebec Back Pain Disability Scale. *Physical Therapy*, 81(2), 776-788.

Fritz, J. & George, S. (2002). Identifying specific psychosocial factors in patients with acute work-related low back pain; the importance of fear-avoidance beliefs. *Physical Therapy*. 82, 973-983.

Gheldof, E. L., Crombez, G., Van den Bussche, E., Vinck, J., Van Nieuwenhuyse, A., Moens, G., et al. (2010). Pain-related fear predicts disability, but not pain severity: a path analytic approach of the fear-avoidance model. *Eur J Pain*, 14(8), 870 e871-879.

Gil, J., Cabri, J. & Ferreira, P. (2009). Efectividade dos cuidados de fisioterapia em doentes ambulatorios com problemas lombares não específicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 35-49.

Gonçalves, E & Cruz, E (2007). Fidignidade e estrutura interna da versão portuguesa do “Fear- Avoidance Belifs Questionnaire”. *Essfisionline*, 3 (3), 52-63.

Goldberg, M. S., Scott, S. C., & Mayo, N. E. (2000). A review of the association between cigarette smoking and the development of nonspecific back pain and related outcomes. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(8), 995-1014.

Henschke, N et al. (2008). Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ*, 337(a171), 154-157.

Hoogendoorn, W. E., Bongers, P. M., de Vet, H. C. W., Ariens, G. A. M., van Mechelen, W., & Bouter, L. M. (2002). High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. [Article]. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(5), 323-328.

Jacome, C., & Cruz, E. (2004). Adaptação Cultural e contributo para a Validação da Pain Catastrophizing Scale (PCS). Unpublished Licenciatura, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal.

Keogh, E; McCracken, L & Eccleston, C. (2006). Gender moderates the association between depression and disability in chronic pain patients. *European Journal of Pain* 10, 413-422.

Kovacs, F; Abaira, V; Zamora, J & Fernandez, C. (2005). The transition from acute to subacute and chronic low back pain: a study based on determinants of quality of life and prediction of chronic disability. *Spine*, 30(5), 1786-1792.

Krismer, M., & van Tulder, M. (2007). Low back pain (non-specific). *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21(1), 77-91.

Kwon, M. A., Shim, W. S., Kim, M. H., Gwak, M. S., Hahm, T. S., Kim, G. S.. (2006). A correlation between low back pain and associated factors: a study involving 772 patients who had undergone general physical examination. *J Korean Med Sci*, 21(6), 1086-1091.

Leboeuf-Yde, C. (1999). Smoking and low back pain. A systematic literature review of 41 journal articles reporting 47 epidemiologic studies. *Spine (Phila Pa 1976)*, 24(14), 1463-1470.

Leclerc, A., Gourmelen, J., Chastang, J. F., Plouvier, S., Niedhammer, I., & Lanoe, J. L. (2009). Level of education and back pain in France: the role of demographic, lifestyle and physical work factors. *Int Arch Occup Environ Health*, 82(5), 643-652.

Lefevre-Colau, M. M., Fayad, F., Rannou, F., Fermanian, J., Coriat, F., Mace, Y., et al. (2009). Frequency and interrelations of risk factors for chronic low back pain in a primary care setting. *PLoS One*, 4(3), e4874.

Leitão, A. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Lisboa: Organização Mundial da Saúde e Direcção-Geral da Saúde.

Levangie, P. K. (1999). Association of low back pain with self-reported risk factors among patients seeking physical therapy services. *Phys Ther*, 79(8), 757-766.

Lis, A. M., Black, K. M., Korn, H., & Nordin, M. (2007). Association between sitting and occupational LBP. *Eur Spine J*, 16(2), 283-298.

Loney, P & Stratford, P. (1999). The prevalence of low back pain in adults: a methodological review of the literature. *Physical Therapy*, 79 (4), 384-396.

Luo, X et al (2003). Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain the United States. *Spine*, 29 (1), 79-86.

Main, C.; Watson, P. (1999) Psychological aspects of pain. *Manual Therapy*. 4 (4), 203-215.

Manchikanti, L. (2000). Epidemiology of low back pain. *Pain Physician*, 3(2), 167-192.

Maughan, E. F., & Lewis, J. S. (2010). Outcome measures in chronic low back pain. *Eur Spine J*, 19(9), 1484-1494.

McBeth, J., & Jones, K. (2007). Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 21(3), 403-425.

Melloh, M., Elfering, A., Egli Presland, C., Roeder, C., Barz, T., Rolli Salathe, C. (2009). Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments. *Int Orthop*, 33(2), 301-313.

Meyer, K., Tschopp, A., Sprott, H., & Mannion, A. F. (2009). Association between catastrophizing and self-rated pain and disability in patients with chronic low back pain. *J Rehabil Med*, 41(8), 620-625.

Monteiro, J; Faísca, L; Nunes, O & Hipólito, J. (2010). Questionário de incapacidade de Roland Morris: Adaptação e Validação para doentes de língua portuguesa com lombalgia. *Acta Med Port*, 23, 761-766.

Mortimer, M & Wiktorin, C.(2001). Sports activities, body weight and smoking in relation to low back pain: a population-based case-referent study. *Scand J Med Sci Sports* ,11,178-84.

Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Almedina: Coimbra.

Papageorgiou, A. C., Croft, P. R., Thomas, E., Silman, A. J., & Macfarlane, G. J. (1998). Psychosocial risks for low back pain: are these related to work? *Ann Rheum Dis*, 57(8), 500-502.

Pereira, A. (2004). *SPSS- Guia Prático de Utilização*. Edições Silabo: Lisboa.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS (4ª edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Peters, M; Vlaeyen, J e Weber, W (2005). The joint contribution of physical pathology, pain-related fear and catastrophizing to chronic back pain disability. *Pain*,113, 45-50.

Pincus, T., Santos, R., Breen, A., Burton, A. K., & Underwood, M. (2008). A review and proposal for a core set of factors for prospective cohorts in low back pain: a consensus statement. *Arthritis Rheum*, 59(1), 14-24.

Plouvier,S.; Renahy,E; Chastang,J; Bonenfant,S & Leclerc,A. (2008). Biomechanical strains and low back disorders: quantifying the effects of the number of years of exposure on various types of pain. *Occup Environ Med*; **65**, 268-274.

Rasmussen-Bar. (2003). Stabilizing training compared with manual treatment in sub-acute and chronic low-back pain. *Manual Therapy* 8 (4), 233-241.

Reneman, M. F., Schiphorts Preuper, H. R., Kleen, M., Geertzen, J. H., & Dijkstra, P. U. (2007). Are pain intensity and pain related fear related to functional capacity evaluation performances of patients with chronic low back pain? *J Occup Rehabil*, 17(2), 247-258.

Roland M, & Morris, R (1983). A study of natural history of low back pain. Part I: development of reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine*8,141-144.

Rossignol, M., Rozenberg, S., & Leclerc, A. (2009). Epidemiology of low back pain: What's new? *Joint Bone Spine*, 76(6), 608-613.

Shiri, R; Karppinen, Leino-Arjas, Solovieva & Viikari-Juntura.(2010 a). The Association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 171 (2), 135-154.

Shiri,R; Karppinen, Leino-Arjas, Solovieva & Viikari-Juntura.(2010 b).The Association between Smoking and Low Back Pain:A Meta-analysis. *The American Journal of Medicine*, 123(1),87e7-87e35.

Skovron, M. L., Szpalski, M., Nordin, M., Melot, C., & Cukier, D. (1994). Sociocultural factors and back pain. A population-based study in Belgian adults. *Spine (Phila Pa 1976)*, 19(2), 129-137.

Soucy, I; Truchon, M & Côte,D.(2006). Work-related factors contributing to chronic disability in low back pain. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 26(3), 313-326.

Speed, C. (2004). Low back pain. *BMJ*, 328(7448), 1119-1121.

Stranjalis, G; Tsamandouraki, K; Sakas, D & Alamanos Y(2004). Low back pain in a representative sample of Greek population: analysis according to personal and socioeconomic characteristics. *Spine*;29 (12), 1355-60.

Storheim, K; Brox, J; Holm, I & Bo, K. (2005). Predictors of return to work in patients sick listed for sub-acute low back pain: a 12 months follow-up study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 365-371.

Swinkels- Meewisse, I et al.(2006). Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability. *Pain*, 120, 36-43.

Toda, Y; Segal, N; Toda, T; Morimoto, T & Ogawa, R.(2000). Lean body mass and body fat distribution in participants with chronic low back pain. *Arch Intern Med*; 160,3265-9.

Turk, D & Okifuji, A.(2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.

Turner, J; et al.(2004). The association between pain and disability. *Pain*, 112, 307-314.

Van Damme, S.; Crombez, G.; Bijttebier, P. ; Goubert, L. e Houdenhove, B.(2002) A confirmatory factor analysis of pain catastrophizing scale: invariant factor structure across clinical and non-clinical populations. *Pain*; 96, 319-324.

van Tulder, M; Koes, B & Bombardier, C.(2002). Low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 16 (5), 761-775.

Vlaeyen, J & Linton, S. (2000). Fear avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.

Waddell, G. et al.(1993). A Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. 52, 157-168.

Waddell, G., & Burton, A. K. (2001). Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med (Lond)*, 51(2), 124-135.

Waddell, G. (2004). *The Back Pain Revolution*. Edinburg: Churchill Livingstone.

Wai, E. K., Rodriguez, S., Dagenais, S., & Hall, H. (2008). Evidence-informed management of chronic low back pain with physical activity, smoking cessation, and weight loss. *Spine J*, 8(1), 195-202.

Webb, R. et al. (2003). Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. *Spine*, 28 (11), 1195-1202.

Wijnhoven, H; de Vet & Picavet.(2007). Sex differences in consequences of musculoskeletal pain. *Spine*, 32 (12), 1360-1367.

Wilkin, D., Hallum, L. & Doggett (1993). *Measures of Need and Outcome for Primary Health Care*. Oxford: Oxford Medical Publications.

Woby, S.; Watson, P; Roach, N & Urmston, M.(2004). Are changes in fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control, predictive of changes in chronic low back pain in disability? *European Journal of Pain*, 8, 201-210.

Woby, S.; Watson, P; Roach, N & Urmston, M.(2005). Coping strategy use: does it predict adjustment to chronic back pain after controlling for catastrophic thinking and self-efficacy for pain control? *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 100-107.

Woby,S; Urmston, M &Watson, P. (2007). Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of pain*, 11, 711-718.

Wynne-Jones, G; Dunn, K; & Main, C. (2008). The impact of low back pain on work: A study in primary care consulters. *European Journal of Pain*, 12, 180-188.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- *Autorização para realizar o estudo da Santa Casa da Misericórdia e Centro de Bem Estar Social de Arronches*



Autorização
Juliana 6/8/2010
Exma. Provedora da Santa Casa da
Misericórdia de Arronches

Assunto: Autorização para realização de trabalho de investigação.

Os fisioterapeutas Alexandra Mamede e Carlos Rodrigues, na qualidade de discentes do mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-Esqueléticas, da Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências Médicas e Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, vêm por este meio pedir a vossa Excelência a autorização para poder utilizar como amostra para o trabalho de investigação do 2º ano do mestrado, os funcionários da Instituição que preside.

O estudo terá como tema a Dor Crónica Lombar e pretende estudar a relação dos factores de risco identificados com o estado funcional dos indivíduos com Dor Crónica Lombar.

Partindo do enquadramento de que 70% dos indivíduos do mundo ocidental já teve pelo menos um episódio de dor lombar e que desses 10% desenvolvem Dor Crónica Lombar, e analisando que estes indivíduos são os que maior incapacidade desenvolvem e mais ausências ao trabalho tem, será interessante estudar a população desta instituição nesta matéria.

Assim, pensamos que este estudo no final poderá ser importante para caracterizar a população com Dor Crónica Lombar desta instituição, identificar factores de risco e implementar um programa em conjunto com a saúde ocupacional na prevenção dos factores de risco identificados com índices de associação significativos.

Aguardamos deferimento.

Os Autores do estudo

Alexandra Mamede e Carlos Rodrigues

Alexandra Mamede e Carlos Rodrigues



*Autorização
Juliana 6/8/2011*

Exma. Vice-presidente do Centro
de Bem Estar Social

Assunto: Autorização para realização de trabalho de investigação.

Os fisioterapeutas Alexandra Mamede e Carlos Rodrigues, na qualidade de discentes do mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-Esqueléticas, da Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências Médicas e Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, vêm por este meio pedir a vossa Excelência a autorização para poder utilizar como amostra para o trabalho de investigação do 2º ano do mestrado, os funcionários da Instituição que preside.

O estudo terá como tema a Dor Crónica Lombar e pretende estudar a relação dos factores de risco identificados com o estado funcional dos indivíduos com Dor Crónica Lombar.

Partindo do enquadramento de que 70% dos indivíduos do mundo ocidental já teve pelo menos um episódio de dor lombar e que desses 10% desenvolvem Dor Crónica Lombar, e analisando que estes indivíduos são os que maior incapacidade desenvolvem e mais ausências ao trabalho tem, será interessante estudar a população desta instituição nesta matéria.

Assim, pensamos que este estudo no final poderá ser importante para caracterizar a população com Dor Crónica Lombar desta instituição, identificar factores de risco e implementar um programa em conjunto com a saúde ocupacional na prevenção dos factores de risco identificados com índices de associação significativos.

Aguardamos deferimento.

Os Autores do estudo

Alexandra Mamede

Alexandra Mamede e Carlos Rodrigues

APÊNDICE 2- *Consentimento informado*

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do estudo: “DOR CRÓNICA LOMBAR - Relação entre factores de risco e nível de incapacidade”

Autores do estudo: Alexandra Mamede e Carlos Rodrigues

Eu, _____ declaro que aceito participar neste estudo que tem por objectivo identificar a prevalência, os factores de risco associados ao nível de incapacidade e o impacto da Dor Crónica Lombar nos funcionários de instituições de saúde do distrito de Portalegre. O investigador explicou-me de forma satisfatória a finalidade da investigação e as suas possíveis implicações. Foram-me explicados todos os princípios e procedimentos, li a folha de informação, e compreendi-a na totalidade.

Estou consciente que darei respostas verdadeiras e que as minhas respostas serão divulgadas. Compreendo que toda a informação fornecida será mantida confidencial. Sei que posso abandonar o estudo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação.

Data: ____ / ____ / 2010 **Assinatura do sujeito:** _____

Confirmo que expliquei a natureza do estudo ao sujeito acima mencionado e que ele compreendeu o que estava envolvido.

Nome dos Investigadores: *Alexandra Sofia Batista Martinho Mamede*

Carlos Miguel Antunes Rodrigues

Data: ____ / ____ / 2010 **Assinatura dos Investigadores:** _____

APÊNDICE 3- Inquérito

Exmo./a Senhor/a

No âmbito de um trabalho de investigação inserido na Unidade Curricular Trabalho de Projecto do Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-esqueléticas, vimos por este meio pedir a sua colaboração para participar. Este estudo apresenta como objectivos identificar os funcionários com Dor Crónica Lombar, quantificar o nível de incapacidade e verificar se existem factores de risco reportados em 2009 com maior grau de associação ao nível de incapacidade.

Assim pedimos-lhe o favor de preencher o questionário que a seguir se apresenta. Leia-o com atenção e responda a cada pergunta, assinalando a resposta que melhor representa a sua situação.

Não existem respostas certas nem erradas, interessa isso sim, registar a sua opinião. Mesmo que tenha dúvidas, certifique-se que respondeu a todas as questões.

A sua participação é voluntária e será feita em três fases, para preenchimento de três questionários, em três momentos diferentes. Considere no entanto que sem a sua participação não será possível concluir este estudo. A não-aceitação em colaborar neste estudo também não acarreta qualquer tipo de prejuízo.

Garantimos ainda que a sua participação não acarreta quaisquer gastos ou custos, e que os dados recolhidos serão confidenciais e de modo algum a sua identificação será referenciada.

Preencha o questionário colocando uma cruz nos quadrados ou por extenso no espaço indicado.

Quando terminar o preenchimento deste questionário por favor entregue nos seus serviços de recursos humanos.

Agradecemos antecipadamente a sua disponibilidade para participar neste estudo.

Obrigado pelo tempo dispensado e por partilhar connosco a sua opinião.

No seguinte questionário só existe uma resposta válida para cada questão

Marque com um x a resposta que entender ser a que representa a sua situação.

1 – Tem Dor lombar há mais de três meses? 1Sim ☐ 2Não ☐

Se respondeu NÃO na questão 1 o seu contributo cessa e obrigado pelo tempo disponibilizado.

Se respondeu sim passe à questão 2.

2 – Tem presente alguma das seguintes condições?

Patologia abdominal, cirurgia abdominal, lombar ou pélvica, dor lombar associada a formigueiros e falta de força nos membros inferiores, diminuição de peso sem razão aparente, doença inflamatória (ex: espondilite anquilosante), gravidez há menos de 2 anos, incontinência urinária, osteoporose diagnosticada.

1Sim ☐ 2Não ☐

Se respondeu, NÃO na questão 2 e concordar participar no estudo responda ao restante questionário.

Se respondeu SIM na questão 2 o seu contributo cessa após o reenvio deste questionário.

Obrigado pelo tempo disponibilizado.

Questionário de Incapacidade de Roland Morris

Quando lhe doem as costas, pode ter dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz. Esta lista contém algumas frases que as pessoas utilizam para descrever as suas dores de costas. Quando as ler, pode achar que algumas sobressaem porque se aplicam a si *hoje*. Ao ler a lista, pense em si hoje. Quando ler uma frase que se aplica a si hoje, assinale -a. Se a frase não se aplicar a si, então deixe em branco e passe à seguinte. Lembre -se que só deve assinalar se tiver a certeza que a frase se aplica a si hoje.

Por causa das minhas dores nas costas ou na perna (ciática) *hoje*

- | | |
|----|---|
| 1 | Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas |
| 2 | Mudo frequentemente de posição para pôr as costas numa posição confortável |
| 3 | Ando mais devagar do que é costume por causa das minhas costas |
| 4 | Por causa das minhas costas não consigo fazer nenhum dos trabalhos que costumo fazer em casa |
| 5 | Por causa das minhas costas, apoio-me no corrimão para subir escadas |
| 6 | Por causa das minhas costas, deito-me mais frequentemente para descansar |
| 7 | Por causa das minhas costas, tenho que me apoiar em qualquer coisa para me levantar dum sofá |
| 8 | Por causa das minhas costas, tento que os outros que me façam as coisas |
| 9 | Visto-me mais devagar do que é costume por causa das minhas costas |
| 10 | Só consigo estar de pé pouco tempo por causa das minhas costas |
| 11 | Por causa das minhas costas, tento não me dobrar ou ajoelhar |
| 12 | Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa das minhas costas |
| 13 | Estou quase sempre com dores nas costas |
| 14 | Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das minhas costas |
| 15 | Não tenho muito apetite por causa das dores nas costas |
| 16 | Tenho dificuldade em calçar as meias (ou collants) por causa das dores nas costas |
| 17 | Só consigo andar pequenas distâncias por causa das dores nas costas |
| 18 | Durmo menos bem por causa das minhas costas |
| 19 | Por causa das dores nas costas, preciso de ajuda para me vestir |
| 20 | Estou quase todo o dia sentado/a por causa das minhas costas |
| 21 | Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas |
| 22 | Por causa das dores nas costas, ando mais irritado/a e mal-humorado/a com as pessoas do que é costume |
| 23 | Por causa das minhas costas, subo escadas mais devagar do que é costume |
| 24 | Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas |

Muito Obrigado pelo tempo que despendeu no preenchimento deste questionário

Questionário: “Caracterização e levantamento de factores de risco associados à dor crónica lombar.”

No seguinte questionário só existe uma resposta válida para cada questão

1- Qual o seu sexo? 1Masculino ☐ 2Feminino ☐

2- Qual a sua idade? 1[20-35] ☐ 2[36-55] ☐ 3[56-65] ☐ 4[+65] ☐

3- Qual o seu peso? Kg

4- Qual a sua altura? Cm

5- Tenho como habilitações

1Ensino primário (4ª classe) ☐ 2Ensino básico (9ºano) ☐

3Ensino secundário (12º ano) ☐ 4Licenciatura/pós graduação) ☐

5Mestrado/Doutoramento ☐

6- Por favor, assinale com uma cruz a intensidade de dor que sentiu na sua coluna lombar na última semana

Sem dor

Dor máxima

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, assinale com uma cruz a intensidade de dor que sentiu na sua coluna lombar durante o ano 2009

Sem dor

Máxima dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

As questões seguintes reportam-se ao ano de 2009:

7- Qual a sua actividade?

1Admisnistrativo ☐ 2Assistente operacional ☐

3Enfermeiro ☐ 4Manutenção ☐

5Médico ☐ 6Técnico ☐

7Outra ☐

Qual? _____

8- Durante os meus dias de trabalho permaneci maioritariamente mais de 5 horas:			
1Sentado	<input type="checkbox"/>	2Em pé	<input type="checkbox"/>
		3Nenhuma se aplica	<input type="checkbox"/>

9- Durante a minha actividade executei levantamentos de cargas a maioria das vezes superiores a 15 kg.

1Sim	<input type="checkbox"/>	2Não	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	------	--------------------------

10 - Durante os meus dias de trabalho maioritariamente executei movimentos de:

1Dobrar o tronco	<input type="checkbox"/>	2Rodar o tronco	<input type="checkbox"/>
3Ambos	<input type="checkbox"/>	4Não se aplica	<input type="checkbox"/>

11- Durante o ano de 2009 a minha satisfação com o meu trabalho foi:

1Muito satisfeito	<input type="checkbox"/>	2Satisfeito	<input type="checkbox"/>
3Mais ou menos satisfeito	<input type="checkbox"/>	4Insatisfeito	<input type="checkbox"/>
5Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/>		

12- Pratiquei exercício.

1Não pratiquei	<input type="checkbox"/>	2Pratiquei 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/>
3Pratiquei 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/>	4Pratiquei 5 a 6 vezes por semana	<input type="checkbox"/>

13- Fumei?

1Sim	<input type="checkbox"/>	2Não	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	------	--------------------------

Se sim

Nº cigarros/dia _____

Há quantos anos? _____

14 - Durante o ano 2009 faltei ao trabalho devido á minha dor na lombar.

1Sim	<input type="checkbox"/>	2Não	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	------	--------------------------

Se sim,

Quantas vezes? _____

Demorei a voltar ao trabalho em média (semanas)

1[0 a 1]	<input type="checkbox"/>	2[1 a 2]	<input type="checkbox"/>	3 [2 a 4]	<input type="checkbox"/>	4[4 a 12]	<input type="checkbox"/>	5[+ de 12]	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------

Muito Obrigado pelo tempo que dispendeu no preenchimento deste questionário!

Escala de Catastrofização da Dor (PCS)

Copyright © 1995
Michael J.L. Sullivan

Todas as pessoas experienciam situações dolorosas em alguma altura das suas vidas. Essas experiências dolorosas podem ser dores de cabeça, dores de dentes, dores musculares ou das articulações. As pessoas são frequentemente expostas a situações que podem causar dor como por exemplo, uma doença, uma lesão ou um procedimento cirúrgico.

Gostaríamos de saber os tipos de pensamento e sentimentos que tem sempre que experiência dor. Em baixo encontram-se listadas treze afirmações descrevendo diferentes pensamentos e sentimentos que podem estar associados à dor. Utilizando a escala que se segue, indique por favor em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando sente dor.

0	Nunca	1	Poucas vezes	2	Algumas vezes	3	Muitas vezes	4	Sempre
---	-------	---	--------------	---	---------------	---	--------------	---	--------

Quando tenho dor.....

- 1 ☐ Preocupo-me constantemente sobre quando terminará a dor.
- 2 ☐ Sinto que não sou capaz de continuar assim
- 3 ☐ É terrível e penso que nunca irá melhorar nem um pouco
- 4 ☐ É horrível e sinto que isso me domina.
- 5 ☐ Sinto que não consigo aguentar mais
- 6 ☐ Fico com medo que a dor se torne pior.
- 7 ☐ Penso continuamente noutras situações dolorosas.
- 8 ☐ Desejo ansiosamente que a dor desapareça.
- 9 ☐ Parece que não posso afastar a dor do meu pensamento.
- 10 ☐ Penso constantemente sobre o quanto me dói.
- 11 ☐ Penso constantemente sobre o quão desesperadamente quero que a dor acabe.
- 12 ☐ Não há nada que eu possa fazer que reduza a intensidade da minha dor.
- 13 ☐ Eu pergunto a mim mesmo se algo de grave poderá acontecer.

...Total

Adaptado e validado para a população Portuguesa por Ana Catarina Jácome e Eduardo Cruz.
Área
Disciplinar da Fisioterapia. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal.
Dezembro de 2004

Questionário de Crenças de Medo-Evitamento

Em seguida, estão algumas das coisas que outros doentes disseram a respeito da sua dor.

Para cada frase, por favor, assinale com uma cruz num dos números de 0 a 6, de forma a indicar o quanto actividades físicas tais como, dobrar-se, levantar objectos, andar ou guiar, afectam ou podem vir a afectar a sua dor nas costas.

	Discordo completamente		Não tenho a certeza			Concordo completamente	
1 - A minha dor foi causada por actividade física	0	1	2	3	4	5	6
2- A actividade física faz piorar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6
3-A actividade física pode afectar as minhas costas	0	1	2	3	4	5	6
4-Eu não devo fazer actividades físicas que fazem (poderão fazer) piorar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6
5- Eu não posso fazer actividades físicas que fazem (poderão fazer) piorar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6

As frases seguintes referem-se ao modo como a sua actividade profissional/ trabalho afecta ou poderá afectar a sua dor nas costas.

	Discordo completamente		Não tenho a certeza			Concordo completamente	
6- A minha dor foi causada pelo meu trabalho ou por um acidente de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
7- O meu trabalho fez agravar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6
8- O meu trabalho é muito pesado para mim	0	1	2	3	4	5	6
9- O meu trabalho faz ou poderá vir a fazer com que a minha dor piore	0	1	2	3	4	5	6
10- O meu trabalho pode afectar as minhas costas	0	1	2	3	4	5	6
11- Actualmente, com esta dor, eu não deveria fazer o meu trabalho normal	0	1	2	3	4	5	6
12- Eu não consigo fazer o meu trabalho com a dor que tenho actualmente	0	1	2	3	4	5	6
13- Eu não posso continuar o meu trabalho normal enquanto a minha dor não for tratada	0	1	2	3	4	5	6
14- Eu penso que não poderei voltar ao meu trabalho normal nos próximos 3 meses	0	1	2	3	4	5	6
14 a)- Eu não acredito que vou voltar ao meu trabalho normal nos próximos 3 meses	0	1	2	3	4	5	6
15- Eu penso que nunca poderei voltar ao meu trabalho normal	0	1	2	3	4	5	6
15 a)- Eu não penso que seja alguma vez capaz de voltar ao meu trabalho normal	0	1	2	3	4	5	6

Muito Obrigado pelo tempo que despendeu no preenchimento deste questionário

APÊNDICE 4- Dossier Comité de Peritos

Caro(a) Colega

O nosso nome é Alexandra Mamede e Carlos Rodrigues, e somos estudantes do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-esqueléticas leccionado, em parceria entre a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa e encontramos-nos a desenvolver a dissertação final que aborda a temática da Dor Crónica Lombar.

Neste momento estamos a desenvolver um questionário que é parte integrante da dissertação final de Mestrado, e que têm como objectivos: 1- Caracterizar a amostra do estudo; 2- Levantamento de factores de risco associados à DCL em 2009; 3- Levantamento do impacto profissional em 2009 nos indivíduos com DCL. Este Questionário juntamente com o Questionário de Incapacidade de Roland Morris, o Questionário de Crenças de Medo- Evitamento e a escala de Catastrofização da Dor irá permitir analisar a relação entre factores de risco e o nível de incapacidade de indivíduos com Dor Crónica Lombar.

O “Questionário **Caracterização e levantamento de factores de risco e impacto associados à dor crónica lombar**” inclui questões demográficas e questões acerca da presença de factores de risco e impacto da condição. Considerando a sua experiência e “expertise” na área, vimos por este meio, solicitar a sua colaboração para a validação de conteúdo deste questionário (Apêndice 1). Assim, solicitamos que após a leitura do questionário responda às questões colocadas que estão apresentadas no Apêndice 2. Adicionamos ainda o resumo metodológico, um quadro expositivo para explicação mais detalhada do questionário (Apêndice 3), e o formulário de consentimento informado a ser preenchido pelos participantes no estudo (Apêndice 4). No final adicionamos um anexo com as escalas validadas que utilizamos no estudo

Caso surgir alguma dúvida por favor não hesite em contactar-nos através dos números: **937435877 / 966091020** ou pelos seguintes e-mail: alexandramamede@gmail.com / car.antunes@gmail.com .

Certos que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver o questionário agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,

Alexandra Mamede e Carlos Rodrigues

Apêndices

APÊNDICE 1 - “QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO E LEVANTAMENTO DE FACTORES DE RISCO E IMPACTO ASSOCIADOS À DOR CRÓNICA LOMBAR”

Exmo./a Senhor/a

No âmbito de um trabalho de investigação inserido na Unidade Curricular Trabalho de Projecto do Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-esqueléticas, vimos por este meio pedir a sua colaboração para o preenchimento do **questionário caracterização e levantamento de factores de risco associados à dor lombar crónica**. Este estudo apresenta como objectivos identificar os funcionários com Dor Lombar crónica, quantificar o seu nível de incapacidade e verificar se existem factores de risco reportados em 2009 com maior grau de associação com o nível de incapacidade.

Assim pedimos-lhe o favor de preencher o questionário que a seguir se apresenta. Leia-o com atenção e responda a cada pergunta, assinalando a resposta que melhor representa a sua situação.

Não existem respostas certas nem erradas, interessa isso sim, registar a sua opinião. Mesmo que tenha dúvidas, certifique-se que respondeu a todas as questões.

A sua participação é, naturalmente, voluntária. No entanto considere que sem ela não será possível concluir este estudo. A não aceitação em colaborar neste estudo também não acarreta qualquer tipo de prejuízo.

Garantimos ainda que a sua participação não acarreta quaisquer gastos ou custos, e que os dados recolhidos serão confidenciais e de modo algum a sua identificação será referenciada.

- Se recebeu este questionário **em formato de papel**, preencha-o colocando uma cruz nos quadrados ou por extenso no espaço indicado;
- Se recebeu **via correio electrónico**, coloque o cursor no espaço indicado a amarelo e marque com um X grande ou preencha por extenso onde se pede.

Quando terminar o preenchimento do questionário por favor entregue nos seus serviços de recursos humanos ou se enviar via correio electrónico reencaminhe para o endereço que lhe enviou.

Agradecemos antecipadamente a sua disponibilidade para participar neste estudo.

Obrigado pelo tempo dispensado e por partilhar connosco a sua opinião.

No seguinte questionário só existe uma resposta válida para cada questão

1- Qual o seu sexo?	<input type="checkbox"/> 1Masculino	<input type="checkbox"/> 2Feminino		
2- Qual a sua idade?	<input type="checkbox"/> 1[20-35]	<input type="checkbox"/> 2[36-55]	<input type="checkbox"/> 3[56-65]	<input type="checkbox"/> 4[65 ou +]
3- Qual o seu peso?	<input type="text"/> Kg			
4- Qual a sua altura?	<input type="text"/> cm			

5- Por favor, assinale com uma cruz a intensidade de dor que sentiu na sua coluna lombar na última semana.

Sem dor									Dor máxima	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, assinale com uma cruz a intensidade de dor que sentiu na sua coluna lombar durante o ano 2009

Sem dor									Máxima dor	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As questões seguintes reportam-se ao ano de 2009:

6- Qual a sua actividade?

<input type="checkbox"/> 1Admisnistrativo	<input type="checkbox"/> 2-Assistente operacional
<input type="checkbox"/> 3-Enfermeiro	<input type="checkbox"/> 4-Manutenção
<input type="checkbox"/> 5-Médico	<input type="checkbox"/> 6-Técnico
<input type="checkbox"/> 7-Outra	
<input type="text"/> Qual?	

7- Durante os meus dias de trabalho permaneci maioritariamente mais de 5 horas:

<input type="checkbox"/> 1Sentado	<input type="checkbox"/> 2Em pé	<input type="checkbox"/> 3Nenhuma se aplica
-----------------------------------	---------------------------------	---

8- Durante a minha actividade executei levantamentos de cargas a maioria das vezes superiores a 15 kg.

<input type="checkbox"/> 1Sim	<input type="checkbox"/> 2Não
-------------------------------	-------------------------------

9 - Durante os meus dias de trabalho maioritariamente executei movimentos de:

<input type="checkbox"/> 1Dobrar o tronco	<input type="checkbox"/> 2Rodar o tronco
<input type="checkbox"/> 3Ambos	<input type="checkbox"/> 4Não se aplica

10- Durante o ano de 2009 a minha satisfação com o meu trabalho foi:

<input type="checkbox"/> 1Muito satisfeito	<input type="checkbox"/> 2Satisfeito
<input type="checkbox"/> 3Insatisfeito	<input type="checkbox"/> 4Muito insatisfeito

11- Tenho como habilitações

<input type="checkbox"/> 1Ensino primário (4ª classe)	<input type="checkbox"/> 2Ensino básico (9ºano)
<input type="checkbox"/> 3Ensino secundário (12º ano)	<input type="checkbox"/> 4Ensino superior (Licenciatura/Mestrado/Doutoramento)

12- Pratiquei exercício.

1Não pratiquei

3Pratiquei 2 a 3 vezes por semana

2Pratiquei 2 a 3 vezes por mês

4Pratiquei 5 a 6 vezes por semana

13- Fumei?

1Sim

Se sim

2Não

Nº cigarros/dia

Há quantos anos?

14 - Durante o ano 2009 faltei ao trabalho devido á minha dor na lombar.

1Sim

2Não

Se sim, demorei a voltar ao trabalho em média (semanas)

1[1 a 2]

2 [2 a 4]

3[4 a 12]

4[+ de 12]

Muito Obrigado pelo tempo que despendeu no preenchimento deste questionário!

APÊNDICE 2: Questionário para validação de Conteúdo

Nome: |

Profissão: |

Local onde exerce a profissão: |

Cargo/ Função que desempenha na instituição: |

N.º de anos de experiência profissional: |

Anos de experiência na área de músculo- esquelética: |

Grau Académico: |

Formação específica / pós-graduada na área das disfunções do sistema músculo-esquelético da coluna vertebral: |

Questões

- 1- Na sua opinião o “Questionário de caracterização e levantamento dos factores de risco e impacto associados à DLC” apresenta validade de conteúdo, na medida em que mede o que se destina medir: caracterizar a amostra, registar factores de risco presentes em indivíduos com dor crónica lombar auto reportados em 2009 e registar o impacto profissional da sua condição em 2009.

|

- 2- A escolha de cada área e as questões que fazem parte do questionário são apropriadas e adequadas para medir o que se supõe que meça?

|

- 3- Há alguma crítica que queira fazer ao questionário?

|

- 4- Há alguma sugestão que queira fazer?

|

APÊNDICE 3- RESUMO METODOLOGICO

Este é um estudo de natureza não experimental, caso-controlo, o qual apresenta como objectivos:

- 1- Identificar a prevalência da dor lombar crónica de uma população constituída pelos funcionários de instituições de saúde no Distrito de Portalegre com DOR CRÓNICA LOMBAR, reportada no ano de 2009;
- 2- Avaliar o nível de incapacidade auto-reportado dos participantes da amostra;
- 3- Caracterizar o impacto profissional da DOR CRÓNICA LOMBAR auto-reportado pelos participantes da amostra.
- 4- Identificar os factores de risco associados com o nível de incapacidade em indivíduos com DCL;

Após a validação de conteúdo e a realização de um pré-teste iremos proceder à recolha de dados, esta será repartida em três fases distintas:

- 1) Numa primeira fase, iremos seleccionar de entre a população em estudo a amostra que será constituída por indivíduos que apresentem dor crónica lombar e não tenham presente “red flags” e algumas condições pré determinadas Patologia abdominal, cirurgia abdominal, lombar ou pélvica, dor lombar associada a formigueiros e falta de força nos membros inferiores, diminuição de peso sem razão aparente, doença inflamatória (ex: espondilite anquilosante), gravidez há menos de 2 anos, incontinência urinária, osteoporose diagnosticada) e que estejam dispostos a colaborar no nosso estudo.
- 2) Na segunda fase, iremos enviar o questionário de Incapacidade de Roland Morris, que permitirá dividir a amostra em dois grupos, segundo o grau de incapacidade.
- 3) A terceira e última fase consistirá no envio do “questionário **de caracterização e levantamento de factores de risco e impacto associados à dor crónica lombar**”, bem como a “escala de catastrofização da dor” e “questionário de crenças de medo-evitamento”, instrumentos já validados, para levantamento de factores de risco psicossociais. A 3ª fase apresenta como objectivos: 1º-caracterização demográfica da amostra; 2º- Levantamento de factores de risco associados à dor crónica lombar; 3º- impacto profissional auto reportado em 2009.

Durante este estudo o anonimato dos participantes é salvaguardado. Todo o processo de identificação será feito por uma terceira pessoa. Essa terceira pessoa elaborará uma

lista com o nome dos funcionários e o seu número mecanográfico e apenas fornecerá aos investigadores o número mecanográfico.

Os questionários enviados em formato de papel serão apenas identificados com o número mecanográfico dos funcionários.

Para os questionários enviados em formato online será criado um email, gerido pela mesma pessoa que elabora a lista de nomes e números mecanográficos. Os questionários recebidos serão posteriormente codificados com o número mecanográfico antes de serem enviados para os investigadores.

APÊNDICE 5- *Resposta dos peritos*

No seguinte documento estão agrupadas as respectivas respostas de validação de conteúdo por partes dos peritos contactados.

Dos cinco peritos contactados, apenas se obteve resposta de três, dois na área clínica em estudo e um na área de investigação.

De seguida seguem os documentos com as respostas pela seguinte ordem:

1^a – Dr.^a Célia Soares

2^a- Fisioterapeuta Cármen Caeiro

3^o - Dr. Jaime Branco

Célia Soares <celia.soares@ess.ips.pt>

12 de maio de 2010 19:43

Para: carlos rodrigues <car.antunes@gmail.com>

Cc: Eduardo José Brazete Carvalho Cruz <ecruz@ess.ips.pt>

Car@s Estudantes,

De acordo com o vosso pedido, faço algumas sugestões do ponto de vista da construção/operacionalização do questionário, numa lógica estritamente metodológica, pois não sou da área da fisioterapia.

Uma vez que o documento se encontra protegido, tentarei sistematizar os meus comentários a seguir.

1. Na parte inicial do questionário, introduziria a questão 11 (habilitações) logo a seguir à idade.
2. Na questão 2, o último intervalo deverá ser +65, na medida em que o extremo superior do intervalo anterior é 65 anos.
3. Na questão 10, consideraria um ponto médio, equivalente a mais ou menos satisfeito – nem a categoria 2, nem a 3, traduzem essa posição. As escalas de satisfação do tipo likert devem garantir um ponto médio de resposta aos participantes.
4. Na escala de resposta da questão sobre as habilitações, desagregaria a categoria 4 em Grau de Licenciatura e Nível Pós-graduado (Mestrado e Doutoramento), já que me parece que estes dois níveis não são homogêneos, por exemplo, no que se refere às realidades/oportunidades laborais de uns e outros.
5. Na questão 12, na categoria 2, definiria 2 a 4 vezes por mês – o que traduziria práticas menos frequentes, que podem ir de 1 vez de quinze em quinze dias a 1 vez por semana.
6. Na questão 14, incluiria um primeiro nível de resposta correspondente a – menos de 1 semana, garantindo assim períodos de baixa/ausência mais reduzidos.

Espero que estas sugestões vos possam ajudar de algum modo.

Votos de bom trabalho,

CS

APÊNDICE 2: Questionário para validação de Conteúdo

Nome: Carmen Caeiro

Profissão: Fisioterapeuta

Local onde exerce a profissão: ESS-IPS

Cargo/ Função que desempenha na instituição: Equiparada a Professor Adjunto

N.º de anos de experiência profissional: 5 anos

Anos de experiência na área de músculo- esquelética: 4 anos

Grau Académico: Licenciada

Formação específica / pós-graduada na área das disfunções do sistema músculo-esquelético da coluna vertebral: Participação como formadora em cursos de curta e longa duração relacionados com a abordagem a utentes com dor crónica.

Questões

- 1- Na sua opinião o “Questionário de caracterização e levantamento dos factores de risco e impacto associados à DLC” apresenta validade de conteúdo, na medida em que mede o que se destina medir: caracterizar a amostra, registar factores de risco presentes em indivíduos com dor crónica lombar auto reportados em 2009 e registar o impacto profissional da sua condição em 2009.

Sim. Na minha perspectiva o questionário caracteriza a amostra, permite obter informação relativa a alguns factores de risco e regista informação referente ao impacto.

- 2- A escolha de cada área e as questões que fazem parte do questionário são apropriadas e adequadas para medir o que se supõe que meça?

As áreas estão de acordo com factores identificados pela investigação na área, como os aspectos demográficos, história anterior de dor, informação referente ao trabalho e satisfação com o mesmo,

estilo de vida, entre outros. A investigação identifica também a relevância da história anterior de depressão e presença de ansiedade como factores a considerar, o que me parece que poderia ser importante incluir neste questionário.

3- Há alguma crítica que queira fazer ao questionário?

Embora após a questão 5, seja dada informação no questionário que indica que as questões seguintes se reportam ao ano 2009, em duas delas (na 10 e na 14) esta informação volta a ser sublinhada e nas restantes não. Por exemplo, a informação "durante o ano 2009..." na questão 10, pode conduzir à necessidade de voltar atrás para confirmar as questões anteriores. Na minha perspectiva a uniformização deste aspecto pode ser facilitador da compreensão e preenchimento do questionário.

Relativamente à questão 14, parece-me que é possível obter informação mais concreta especificando o número episódios de dor responsáveis pela falta de comparência no trabalho (Por exemplo: "Durante o ano de 2009 faltei ao trabalho devido à minha dor lombar"; "Se sim, quantas vezes?").

Pela forma como a questão está construída actualmente é possível ter conhecimento sobre a necessidade de faltar ao trabalho por causa da dor e o tempo médio de ausência, contudo não permite ter informação se este aspecto se verificou por exemplo uma vez no ano ou cinco, o que fará alguma diferença no impacto.

Do ponto de vista da organização do questionário, agrupar a informação por áreas pode facilitar a sua compreensão e preenchimento. Por exemplo, a questão referente às habilitações literárias faria sentido acompanhar a informação inicial uma vez que se trata de informação que caracteriza o indivíduo no momento de preenchimento do questionário.

4- Há alguma sugestão que queira fazer?

Uma vez que o estudo procura identificar os factores de risco, considerando também factores de natureza psicossocial, a utilização de um questionário específico para a avaliação dos níveis auto-eficácia poderia ser importante, uma vez que este é, de acordo com a investigação mais recente, um dos factores psicossociais com maior relevância no desenvolvimento e manutenção da incapacidade associada à dor lombar.

Nome: Jaime C. Branco

Profissão: Médico

Local onde exerce a profissão: Hospital Egas Moniz, CHLO, EPE, LISBOA

Cargo/ Função que desempenha na instituição: Director do Serviço de Reumatologia

N.º de anos de experiência profissional: 32

Anos de experiência na área de músculo- esquelética: 28

Grau Académico: Agregação

Formação específica / pós-graduada na área das disfunções do sistema músculo-esquelético da coluna vertebral: Reumatologista

Questões

- 1- Na sua opinião o “Questionário de caracterização e levantamento dos factores de risco e impacto associados à DLC” apresenta validade de conteúdo, na medida em que mede o que se destina medir: caracterizar a amostra, registar factores de risco presentes em indivíduos com dor crónica lombar auto reportados em 2009 e registar o impacto profissional da sua condição em 2009.**

Sim

- 2- A escolha de cada área e as questões que fazem parte do questionário são apropriadas e adequadas para medir o que se supõe que meça?**

Sim

- 3- Há alguma crítica que queira fazer ao questionário?**

As 6 primeiras são perguntas e as outras 8 são afirmações. É mesmo assim?

- 4- Há alguma sugestão que queira fazer?**

Questão 12: Pratiquei exercício. Quando?? Questão 13: Fumei. Quando??

APÊNDICE 6- Questionário reformulado.**No seguinte questionário só existe uma resposta válida para cada questão**1- Qual o seu sexo? ☐ 1Masculino ☐2- Qual a sua idade? 1[20-35] ☐ 2[36-55] ☐ 3[56-65] ☐ 4[+65] ☐3- Qual o seu peso? Kg4- Qual a sua altura? cm

5- Tenho como habilitações

1Ensino primário (4ª classe) ☐ 2Ensino básico (9ºano) ☐3Ensino secundário (12º ano) ☐ 4Licenciatura/pós ☐graduação) ☐5Mestrado/Doutoramento ☐

6- Por favor, assinale com uma cruz a intensidade de dor que sentiu na sua coluna lombar na última semana.

Sem dor										Dor máxima	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Por favor, assinale com uma cruz a intensidade de dor que sentiu na sua coluna lombar durante o ano 2009

Sem dor										Máxima dor	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

As questões seguintes reportam-se ao ano de 2009:

7- Qual a sua actividade?

1Admisnistrativo	<input type="checkbox"/>	2-Assistente operacional	<input type="checkbox"/>
3-Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	4-Manutenção	<input type="checkbox"/>
5-Médico	<input type="checkbox"/>	6-Técnico	<input type="checkbox"/>
7-Outra	<input type="checkbox"/>		
Qual?	<input type="text"/>		

8- Durante os meus dias de trabalho permaneci maioritariamente mais de 5 horas:

1Sentado ☐ 2Em pé ☐ 3Nenhuma se ☐

aplica

9- Durante a minha actividade executei levantamentos de cargas a maioria das vezes superiores a 15 kg.

1Sim ☐ 2Não ☐

10 - Durante os meus dias de trabalho maioritariamente executei movimentos de:

1Dobrar o tronco ☐ 2Rodar o tronco ☐3Ambos ☐ 4Não se aplica ☐

11- Durante o ano de 2009 a minha satisfação com o meu trabalho foi:

1Muito satisfeito ☐

2Satisfeito ☐

3Mais ou menos ☐

4Insatisfeito ☐

satisfeito

5Muito insatisfeito ☐

12- Pratiquei exercício.

1Não pratiquei ☐

2Pratiquei 2 a 4 vezes por mês ☐

3Pratiquei 2 a 3 vezes por semana ☐

4Pratiquei 5 a 6 vezes por semana ☐

13- Fumei?

1Sim ☐

2Não ☐

Se sim

Nº cigarros/dia

Há quantos anos?

14 - Durante o ano 2009 faltei ao trabalho devido á minha dor na lombar.

1Sim ☐

2Não ☐

Se sim,

Quantas vezes?

Demorei a voltar ao trabalho em média (semanas)

1[0 a 1] ☐

2[1 a 2] ☐

3 [2 a 4] ☐

4[4 a 12] ☐

5[+ de 12] ☐

Muito Obrigado pelo tempo que despendeu no preenchimento deste questionário!

APÊNDICE 7- Dossier do pré-teste
CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do estudo: “ DOR CRÓNICA LOMBAR - Relação entre factores de risco e nível de incapacidade”

Autores do estudo: Alexandra Mamede e Carlos Rodrigues

Eu, _____ declaro que aceito participar no pré-teste do estudo que tem por objectivo identificar a *prevalência, os factores de risco associados ao nível de incapacidade e o impacto da Dor Crónica Lombar nos funcionários de instituições de saúde do distrito de Portalegre* .O investigador explicou-me de forma satisfatória a finalidade da investigação e as suas possíveis implicações. Foram-me explicados todos os princípios e procedimentos, li a folha de informação, e compreendi-a na totalidade.

Estou consciente que darei respostas verdadeiras e que as minhas respostas serão divulgadas. Compreendo que toda a informação fornecida será mantida confidencial. Sei que posso abandonar o estudo em qualquer momento, sem necessitar de dar nenhuma justificação.

Mais uma vez, muito obrigado!

Nome do Sujeito: _____

Data: ____ / ____ / 201__ **Assinatura do sujeito:** _____

Confirmo que expliquei a natureza do estudo ao sujeito acima mencionado e que ele compreendeu o que estava envolvido.

Nome do Investigador: _____

Data: ____ / ____ / 200__ **Assinatura do Investigador:** _____

Exmo./a Senhor/a

No âmbito de um trabalho de investigação inserido na Unidade Curricular Trabalho de Projecto do Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-esqueléticas, vimos por este meio pedir a sua colaboração para o preenchimento do **questionário caracterização e levantamento de factores de risco associados à dor lombar crónica**. Este estudo apresenta como objectivos identificar os funcionários com Dor Lombar crónica, quantificar o seu nível de incapacidade e verificar se existem factores de risco reportados em 2009 com maior grau de associação com o nível de incapacidade.

Assim pedimos-lhe o favor de preencher o questionário que a seguir se apresenta. Leia-o com atenção e responda a cada pergunta, assinalando a resposta que melhor representa a sua situação.

Não existem respostas certas nem erradas, interessa isso sim, registar a sua opinião. Mesmo que tenha dúvidas, certifique-se que respondeu a todas as questões.

A sua participação é, naturalmente, voluntária. No entanto considere que sem ela não será possível concluir este estudo. A não aceitação em colaborar neste estudo também não acarreta qualquer tipo de prejuízo.

Garantimos ainda que a sua participação não acarreta quaisquer gastos ou custos, e que os dados recolhidos serão confidenciais e de modo algum a sua identificação será referenciada.

- Se recebeu este questionário **em formato de papel**, preencha-o colocando uma cruz nos quadrados ou por extenso no espaço indicado;
- Se recebeu **via correio electrónico**, coloque o cursor no espaço indicado a amarelo e marque com um X grande ou preencha por extenso onde se pede.

Quando terminar o preenchimento do questionário por favor entregue nos seus serviços de recursos humanos ou se enviar via correio electrónico reencaminhe para o endereço que lhe enviou.

Agradecemos antecipadamente a sua disponibilidade para participar neste estudo.

Obrigado pelo tempo dispensado e por partilhar connosco a sua opinião.

No seguinte questionário só existe uma resposta válida para cada questão

1- Qual o seu sexo? ☐ 1Masculino ☐

2- Qual a sua idade? 1[20-35] ☐ 2[36-55] ☐ 3[56-65] ☐ 4[+65] ☐

3- Qual o seu peso? Kg

4- Qual a sua altura? cm

5- Tenho como habilitações

1Ensino primário (4ª classe) ☐ 2Ensino básico (9ºano) ☐

3Ensino secundário (12º ano) ☐ 4Licenciatura/pós
graduação) ☐

5Mestrado/Doutoramento ☐

6- Por favor, assinale com uma cruz a intensidade de dor que sentiu na sua coluna lombar na última semana.

Sem dor									Dor máxima	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, assinale com uma cruz a intensidade de dor que sentiu na sua coluna lombar durante o ano 2009

Sem dor									Máxima dor	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As questões seguintes reportam-se ao ano de 2009:

7- Qual a sua actividade?

1Admisnistrativo ☐ 2-Assistente operacional ☐
3-Enfermeiro ☐ 4-Manutenção ☐
5-Médico ☐ 6-Técnico ☐
7-Outra ☐
Qual?

8- Durante os meus dias de trabalho permaneci maioritariamente mais de 5 horas:

1Sentado ☐ 2Em pé ☐ 3Nenhuma se ☐
aplica

9- Durante a minha actividade executei levantamentos de cargas a maioria das vezes superiores a 15 kg.

1Sim ☐ 2Não ☐

10 - Durante os meus dias de trabalho maioritariamente executei movimentos de:

1Dobrar o tronco ☐ 2Rodar o tronco ☐
3Ambos ☐ 4Não se aplica ☐

11- Durante o ano de 2009 a minha satisfação com o meu trabalho foi:

1Muito satisfeito ☐
3Mais ou menos satisfeito ☐
5Muito insatisfeito ☐

2Satisfeito ☐
4Insatisfeito ☐

12- Pratiquei exercício.

1Não pratiquei ☐
3Pratiquei 2 a 3 vezes por semana ☐

2Pratiquei 2 a 4 vezes por mês ☐
4Pratiquei 5 a 6 vezes por semana ☐

13- Fumei?

1Sim ☐ 2Não ☐
Se sim

Nº cigarros/dia
Há quantos anos?

14 - Durante o ano 2009 faltei ao trabalho devido á minha dor na lombar.

1Sim ☐ 2Não ☐

Se sim,
Quantas vezes?

Demorei a voltar ao trabalho em média (semanas)

1[0 a 1] ☐ 2[1 a 2] ☐ 3 [2 a 4] ☐ 4[4 a 12] ☐ 5[+ de 12] ☐

Muito Obrigado pelo tempo que despendeu no preenchimento deste questionário!

Questionário do pré-teste

1. Percebe todas as palavras e expressões utilizadas no questionário que preencheu? Se não, quais?
2. Consegue perceber o que se pretendia com as perguntas? Se não, quais?
3. Acha que existem perguntas que se repetem? Se sim, quais?
4. Foi fácil assinalar as respostas? Se não, porquê?
5. Há alguma crítica que queira fazer ao questionário?
6. Há alguma sugestão que queira fazer?

APÊNDICE 8- Prevalência da DCL

Statistics

Prevalência de Dor Crônica Lombar

N	Valid	133
	Missing	0

Prevalência de Dor Crônica Lombar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	52	39,1	39,1	39,1
	Não	81	60,9	60,9	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

APÊNDICE 9- Caracterização da amostra segundo variáveis pessoais

Gênero

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	8	6,0	15,4	15,4
	Feminino	44	33,1	84,6	100,0
	Total	52	39,1	100,0	
Missing	System	81	60,9		
Total		133	100,0		

Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-35	14	10,5	26,9	26,9
	36-55	29	21,8	55,8	82,7
	56-65	9	6,8	17,3	100,0
	Total	52	39,1	100,0	
Missing	System	81	60,9		
Total		133	100,0		

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
IMC	52	17,7	40,0	25,884	4,8806
Valid N (listwise)	52				

IMC por Classes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<23	14	10,5	26,9	26,9
	23-25	12	9,0	23,1	50,0
	>25	26	19,5	50,0	100,0
	Total	52	39,1	100,0	
Missing	System	81	60,9		
Total		133	100,0		

Prática de Exercício Físico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não pratiquei	38	28,6	73,1	73,1
	Pratiquei 2 a 4 vezes por mês	8	6,0	15,4	88,5
	Pratiquei 2 a 3 vezes por semana	6	4,5	11,5	100,0
	Total	52	39,1	100,0	
Missing	System	81	60,9		
Total		133	100,0		

Fuma?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	18	13,5	34,6	34,6
	Não	34	25,6	65,4	100,0
	Total	52	39,1	100,0	
Missing	System	81	60,9		
Total		133	100,0		

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dor na última semana	52	1	10	4,60	1,829
Dor em 2009	52	2	10	5,69	2,054
Valid N (listwise)	52				

APÊNDICE 10- Caracterização da amostra segundo as variáveis ocupacionais

Profissão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Administrativo	3	2,3	5,8	5,8
	Assistente Operacional	30	22,6	57,7	63,5
	Enfermeiro	6	4,5	11,5	75,0
	Técnico	2	1,5	3,8	78,8
	Outra	11	8,3	21,2	100,0
	Total	52	39,1	100,0	
Missing	System	81	60,9		
Total		133	100,0		

Posição no local de trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sentado	5	3,8	9,6	9,6
	Em pé	46	34,6	88,5	98,1
	Nenhuma se aplica	1	,8	1,9	100,0
	Total	52	39,1	100,0	
Missing	System	81	60,9		
Total		133	100,0		

Cargas Físicas no Trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	42	31,6	80,8	80,8
	Não	10	7,5	19,2	100,0
	Total	52	39,1	100,0	
Missing	System	81	60,9		
Total		133	100,0		

Tipo de Movimento no local de Trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dobrar o tronco	18	13,5	34,6	34,6
	Rodar o Tronco	1	,8	1,9	36,5
	Ambos	31	23,3	59,6	96,2
	Não se aplica	2	1,5	3,8	100,0
	Total	52	39,1	100,0	
Missing	System	81	60,9		
Total		133	100,0		

Ausência Laboral

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	6,8	17,3	17,3
	Não	43	32,3	82,7	100,0
	Total	52	39,1	100,0	
Missing	System	81	60,9		
Total		133	100,0		

Tempo de regresso ao Trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 a 1	5	3,8	55,6	55,6
	2 a 4	3	2,3	33,3	88,9
	+12	1	,8	11,1	100,0
	Total	9	6,8	100,0	
Missing	System	124	93,2		
Total		133	100,0		

APÊNDICE 11- Caracterização da amostra segundo as variáveis psicossociais

Habilitações Literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino Primário	22	16,5	42,3	42,3
	Ensino Básico	14	10,5	26,9	69,2
	Ensino Secundário	8	6,0	15,4	84,6
	Licenciatura/Pós-Graduação	8	6,0	15,4	100,0
	Total	52	39,1	100,0	
Missing	System	81	60,9		
Total		133	100,0		

Satisfação com o Local de Trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito satisfeito	17	12,8	32,7	32,7
	Satisfeito	19	14,3	36,5	69,2
	Mais ou Menos satisfeito	14	10,5	26,9	96,2
	Muito insatisfeito	2	1,5	3,8	100,0
	Total	52	39,1	100,0	
Missing	System	81	60,9		
Total		133	100,0		

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Catastrofização da dor	52	1	40	16,00	10,200
Valid N (listwise)	52				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Crenças de Medo/Evitamento sub-escala Actividade Fisica	52	0	23	10,71	7,223
Crenças de Medo/Evitamento sub-escala Trabalho	52	0	35	19,88	9,386
Valid N (listwise)	52				

APÊNDICE 12- *Incapacidade funcional auto-reportada*

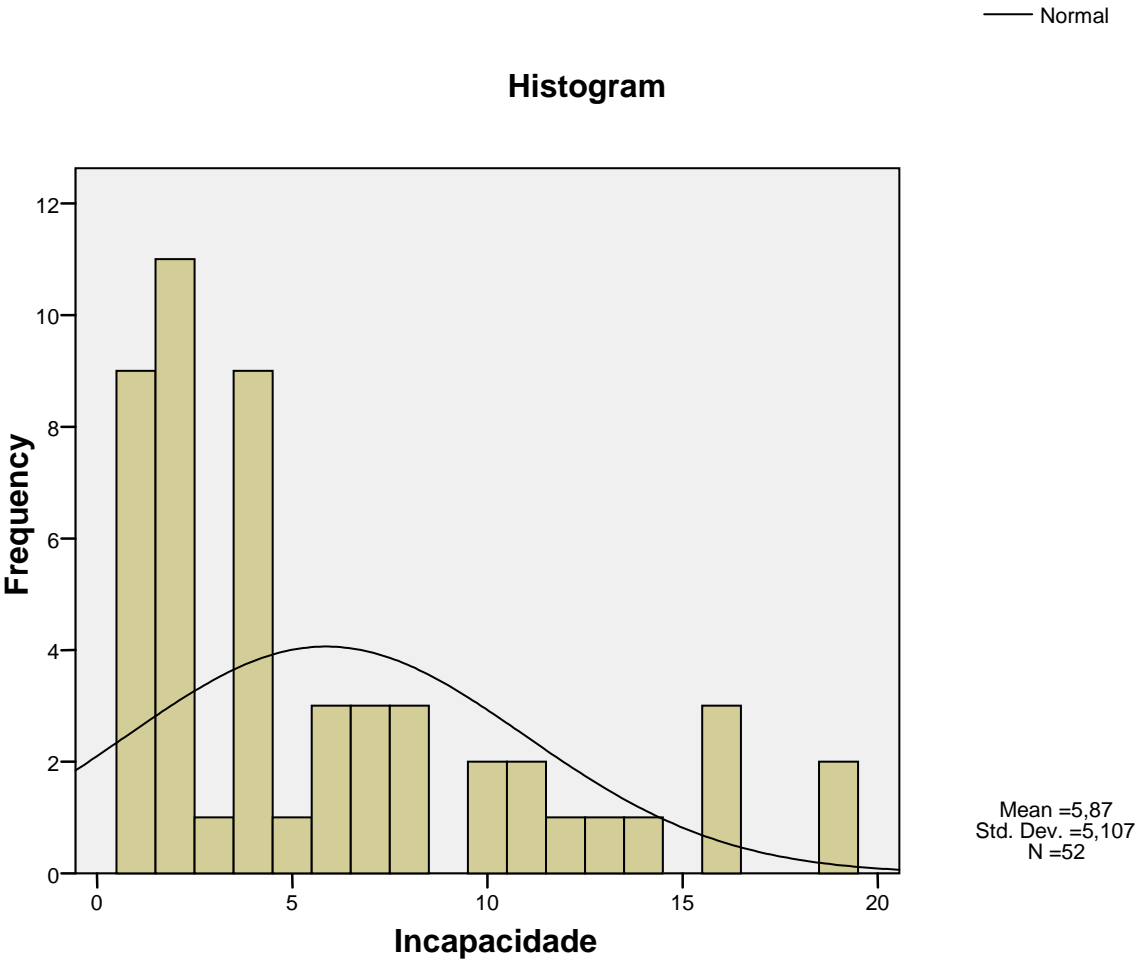
Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Incapacidade	52	1	19	5,87	5,107
Valid N (listwise)	52				

APÊNDICE 13- *Normalidade, diagrama de dispersão e Correlação de Spearman das variáveis incapacidade e catastrofização da dor.*

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Incapacidade	,219	52	,000	,842	52	,000

a. Lilliefors Significance Correction



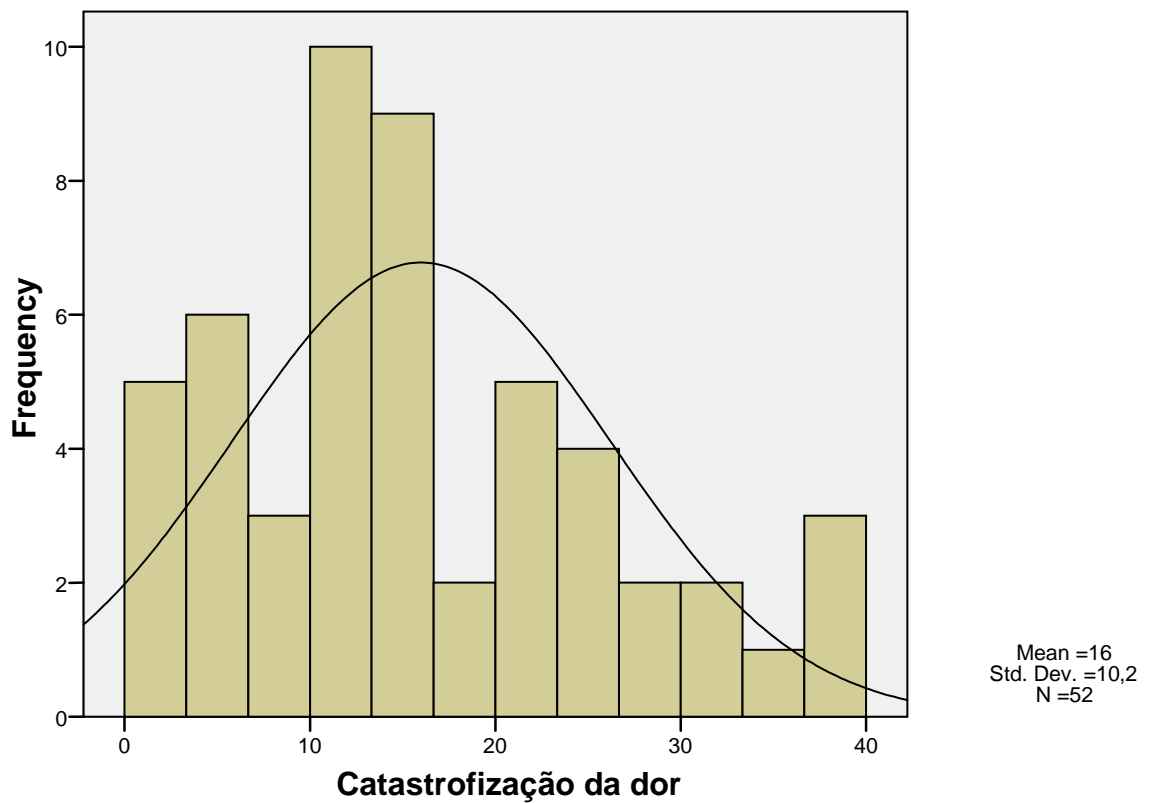
Tests of Normality

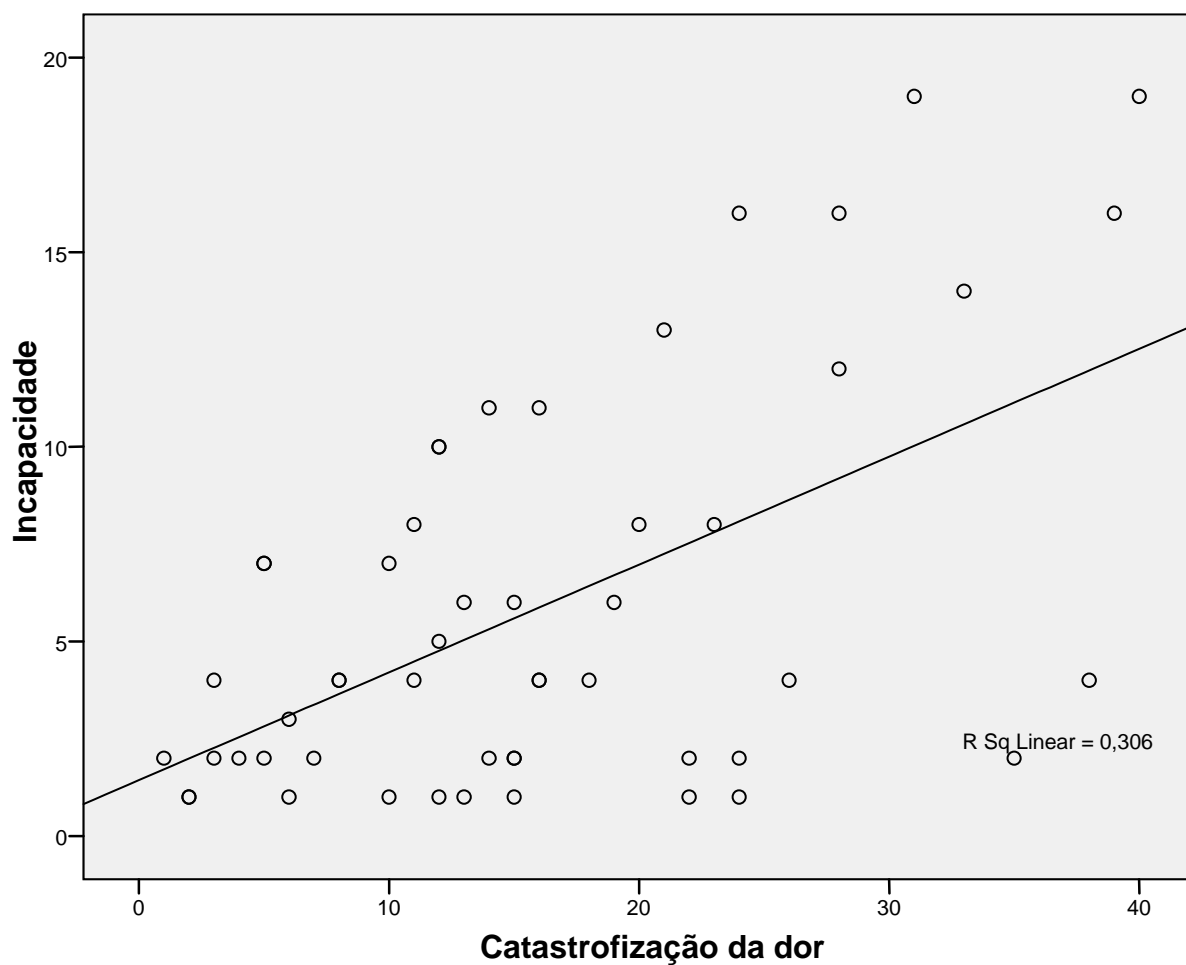
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Catastrofização da dor	,135	52	,020	,945	52	,019

a. Lilliefors Significance Correction

— Normal

Histogram





Correlations

			Incapacidade	Catastrofização da dor
Spearman's rho	Incapacidade	Correlation Coefficient	1,000	,425**
		Sig. (2-tailed)	.	,002
		N	52	52
	Catastrofização da dor	Correlation Coefficient	,425**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,002	.
		N	52	52

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

APÊNDICE 14- Normalidade, diagrama de dispersão e Correlação de Spearman das variáveis incapacidade e crenças de medo-evitamento relacionada com actividade física.

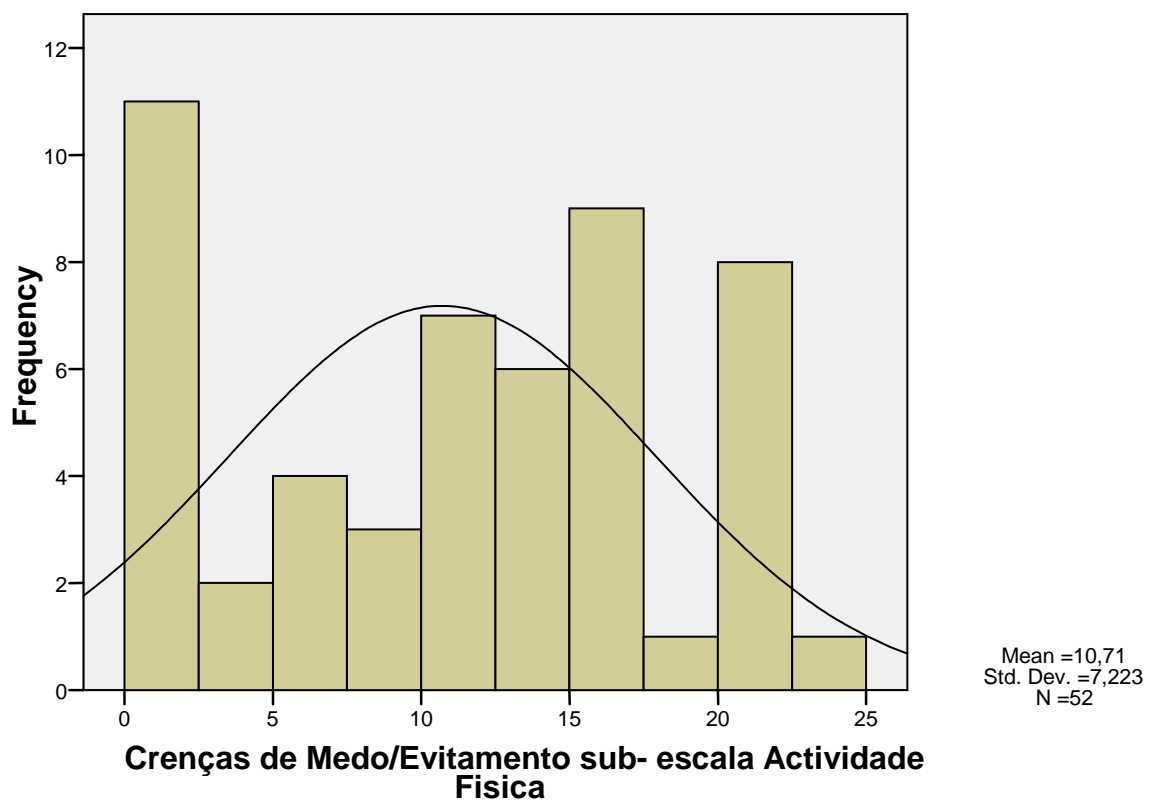
Tests of Normality

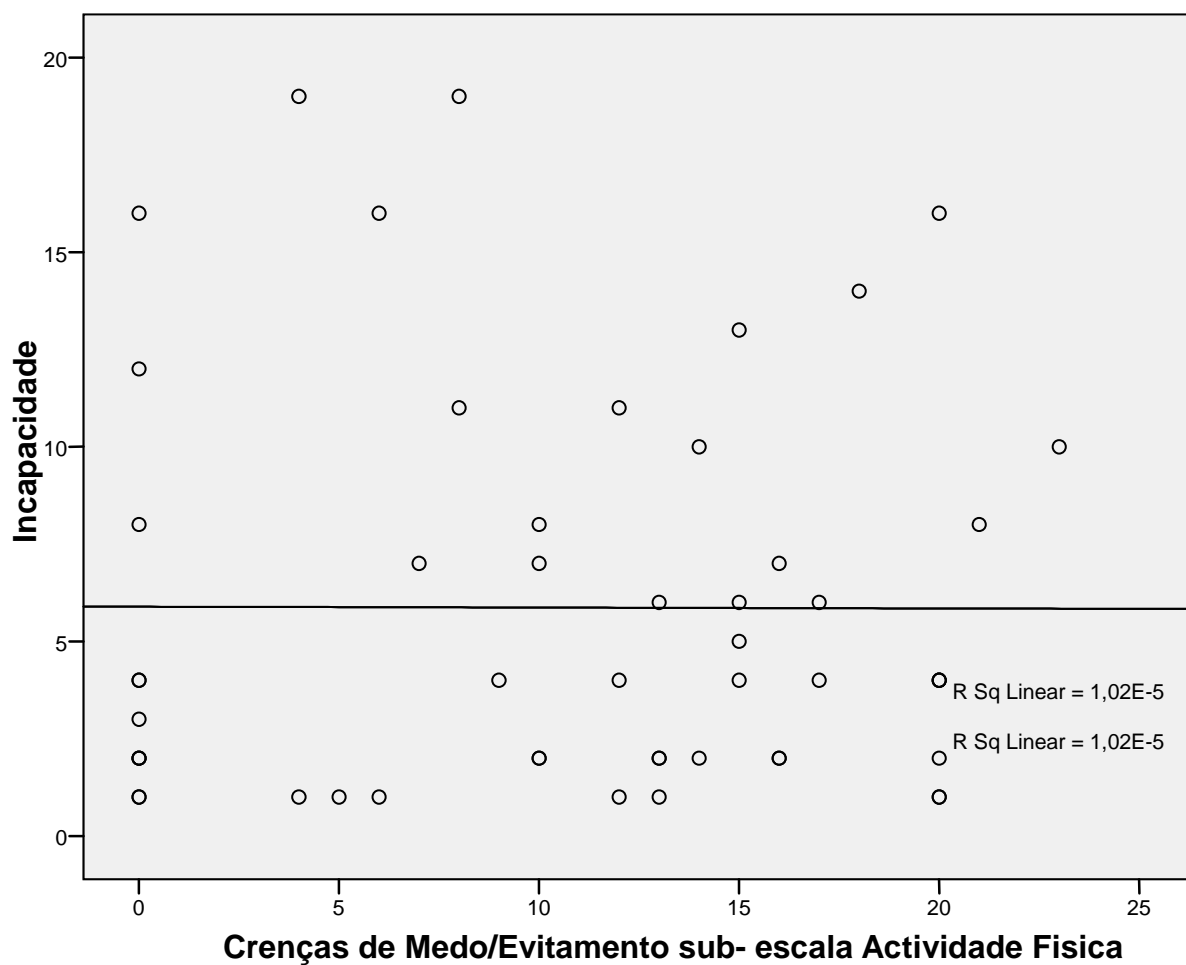
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Crenças de Medo/Evitamento sub-escala Actividade Física	,143	52	,010	,916	52	,001

a. Lilliefors Significance Correction

— Normal

Histogram





Correlations

			Incapacidade	Crenças de Medo/Evitamento sub- escala Actividade Fisica
Spearman's rho	Incapacidade	Correlation Coefficient	1,000	,074
		Sig. (2-tailed)	.	,600
		N	52	52
	Crenças de Medo/Evitamento sub- escala Actividade Fisica	Correlation Coefficient	,074	1,000
		Sig. (2-tailed)	,600	.
		N	52	52

APÊNDICE 15- *Normalidade, diagrama de dispersão e Correlação de Spearman's das variáveis incapacidade e crenças de medo-evitamento relacionada com o trabalho.*

Tests of Normality

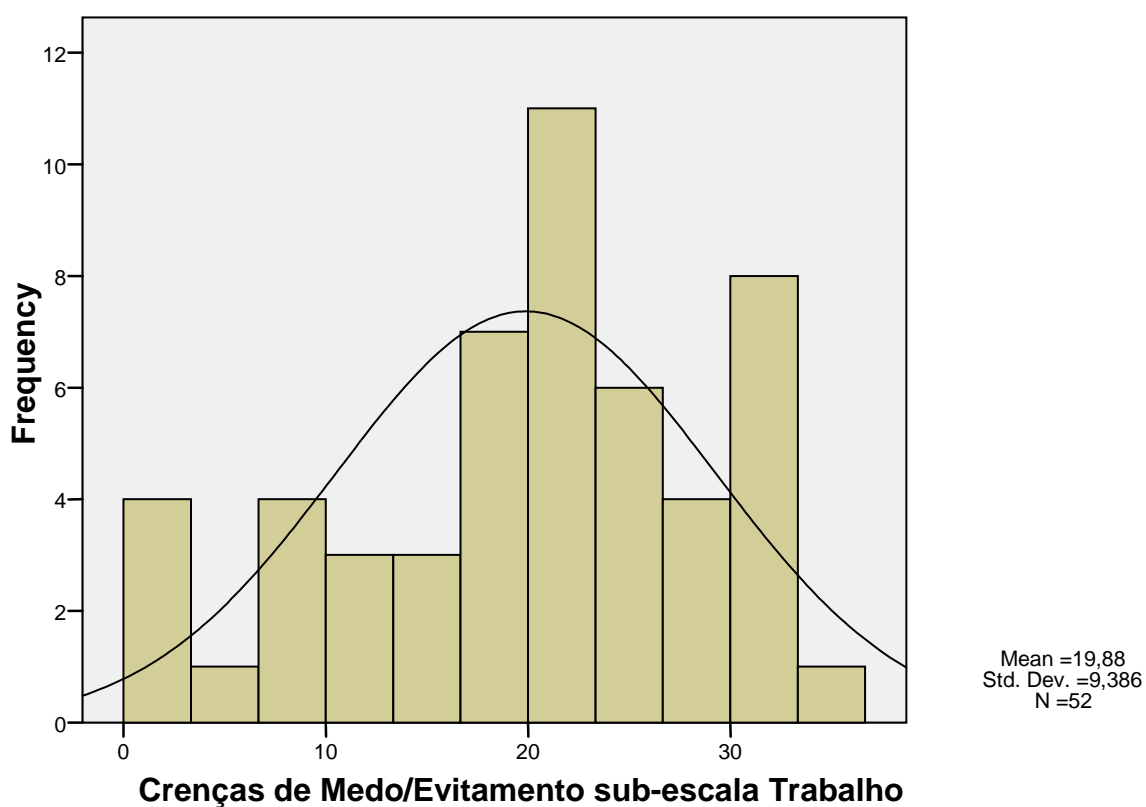
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Crenças de Medo/Evitamento sub-escala Trabalho	,091	52	,200*	,955	52	,046

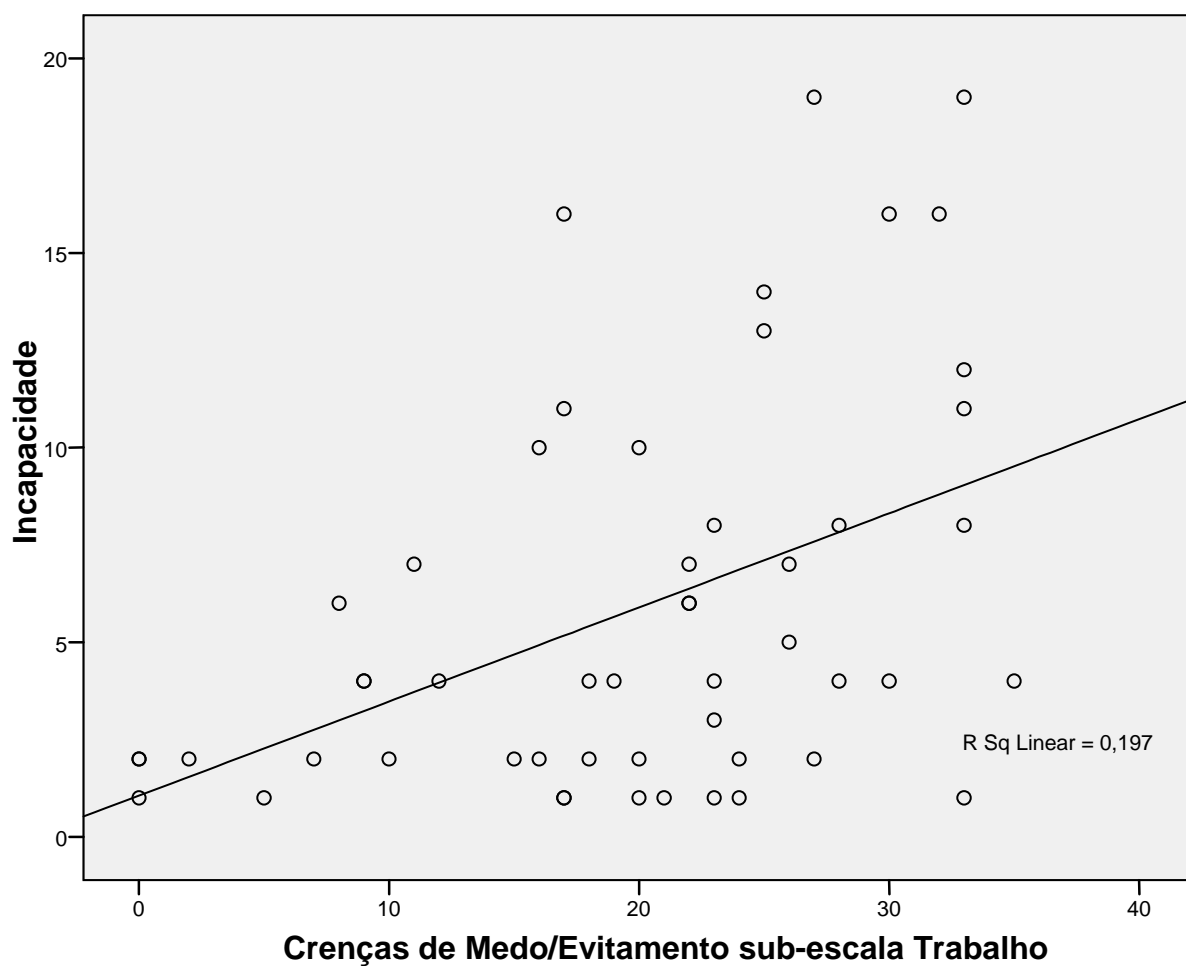
*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

— Normal

Histogram





Correlations

			Incapacidade	Crenças de Medo/Evitamento sub-escala Trabalho
Spearman's rho	Incapacidade	Correlation Coefficient	1,000	,422**
		Sig. (2-tailed)	.	,002
		N	52	52
	Crenças de Medo/Evitamento sub-escala Trabalho	Correlation Coefficient	,422**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,002	.
		N	52	52

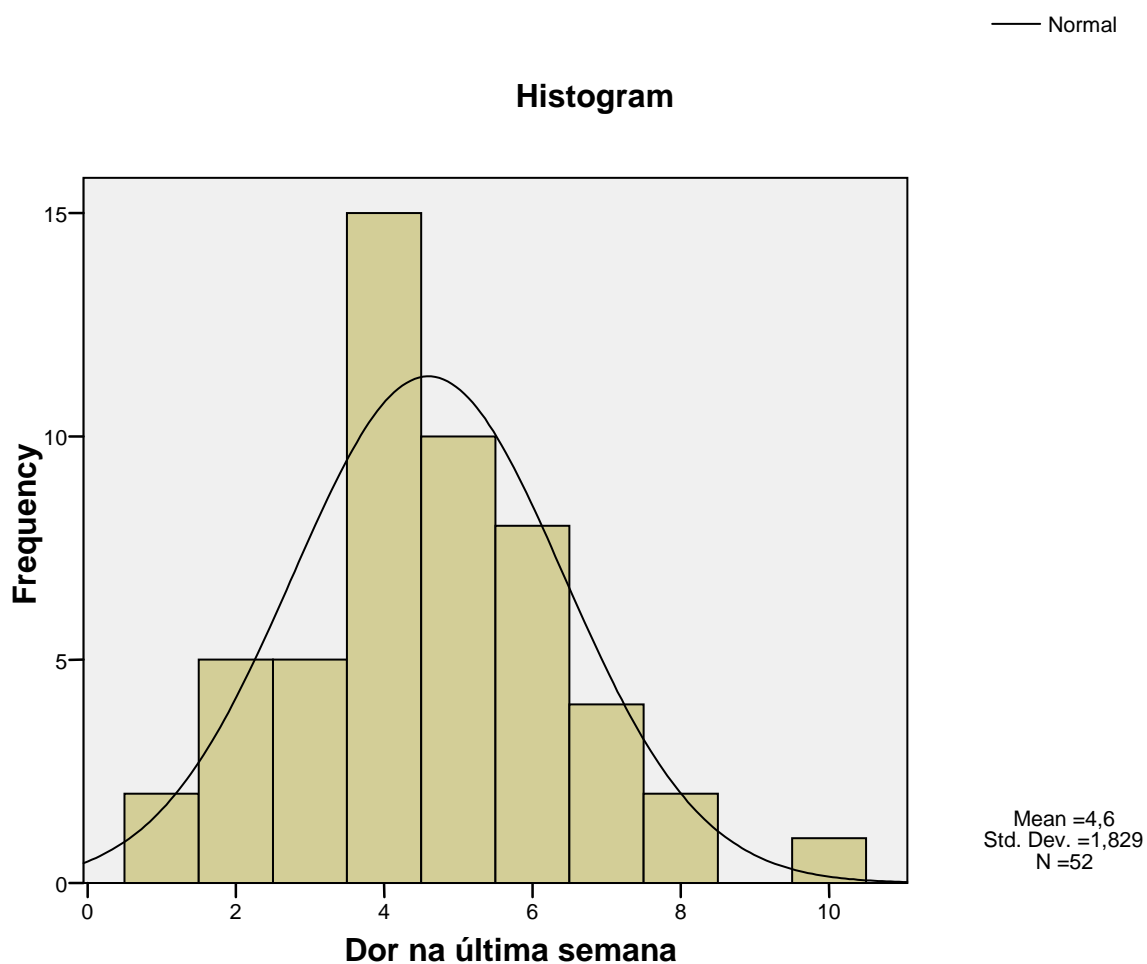
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

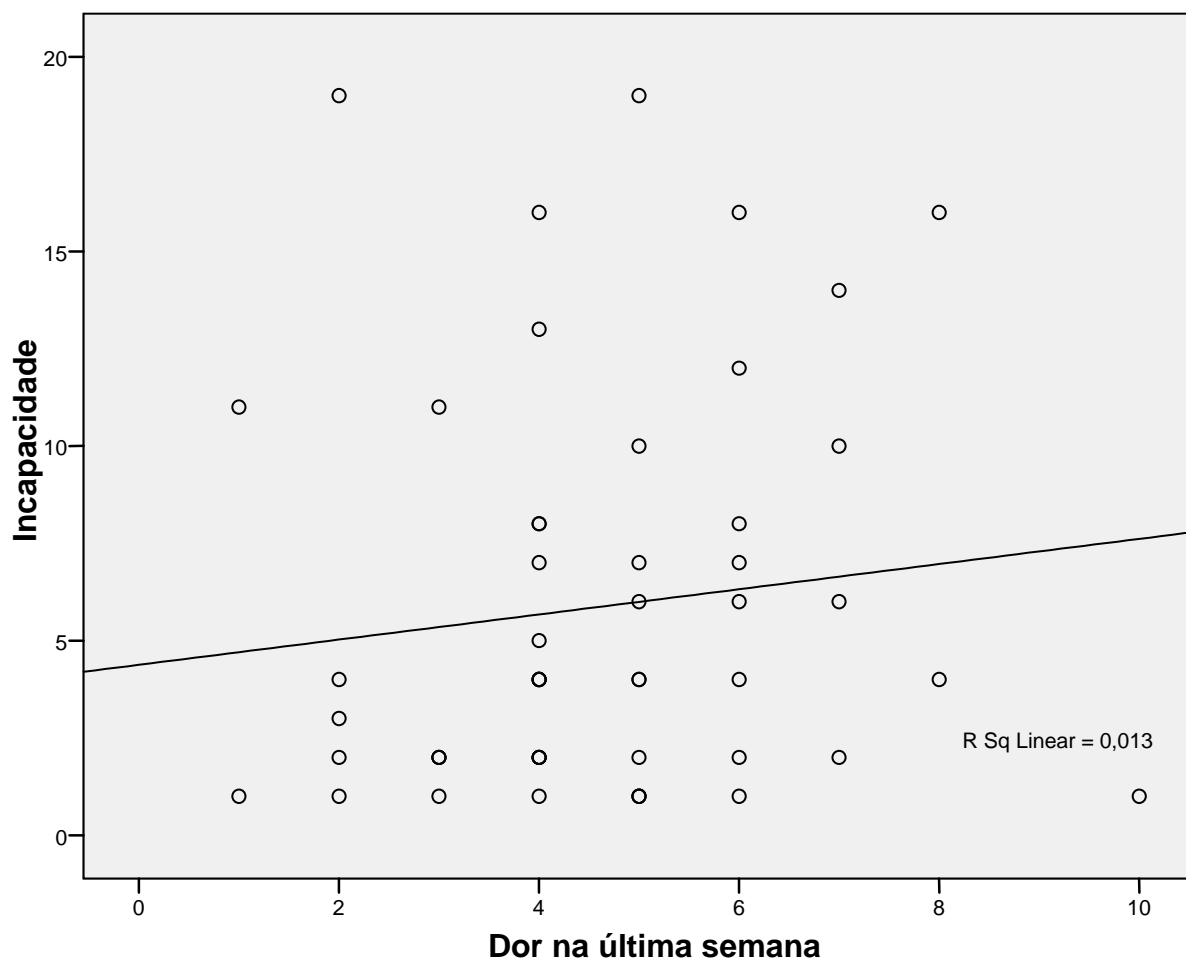
APÊNDICE 16- *Normalidade, diagrama de dispersão e Correlação de Spearman's das variáveis incapacidade e a dor actual*

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Dor na última semana	,147	52	,007	,961	52	,083

a. Lilliefors Significance Correction





Correlations

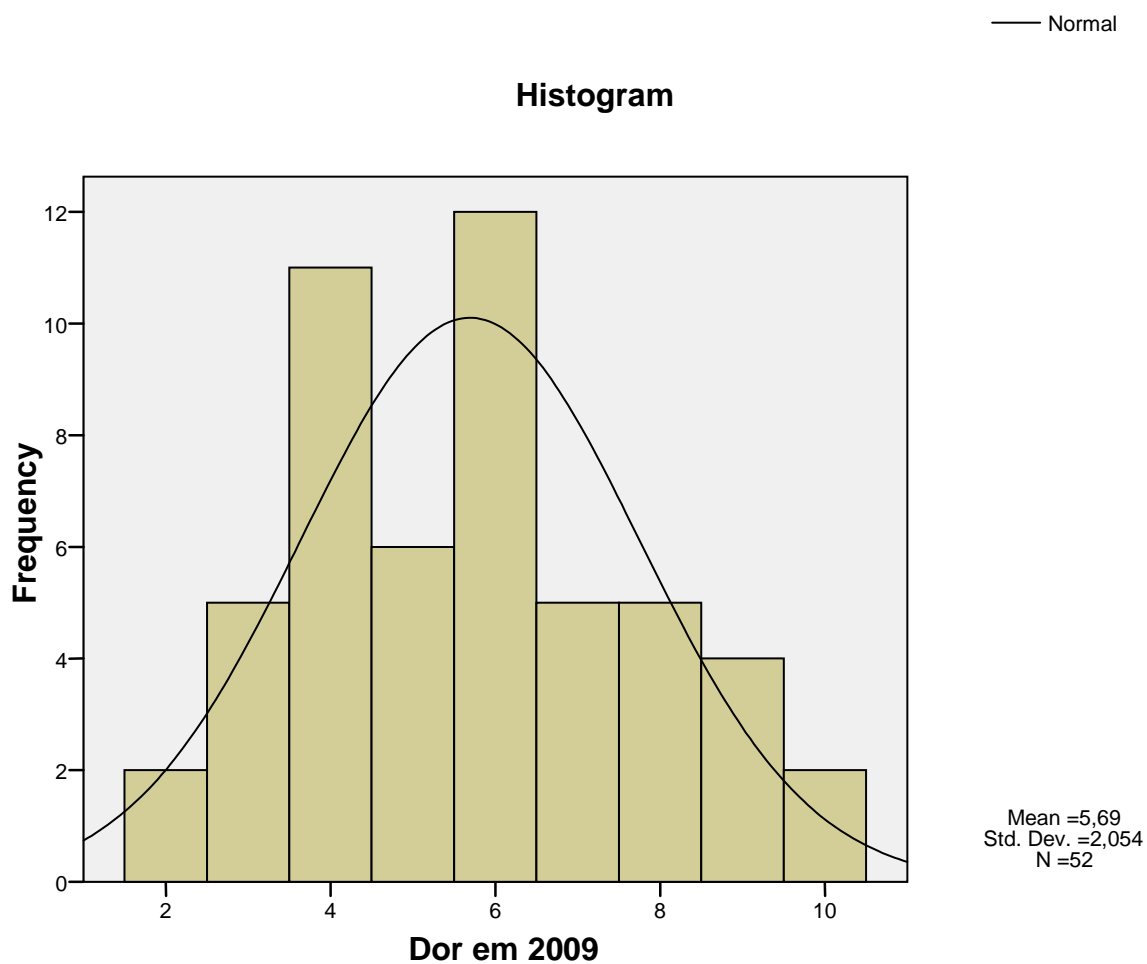
			Incapacidade	Dor na última semana
Spearman's rho	Incapacidade	Correlation Coefficient	1,000	,177
		Sig. (2-tailed)	.	,209
		N	52	52
	Dor na última semana	Correlation Coefficient	,177	1,000
		Sig. (2-tailed)	,209	.
		N	52	52

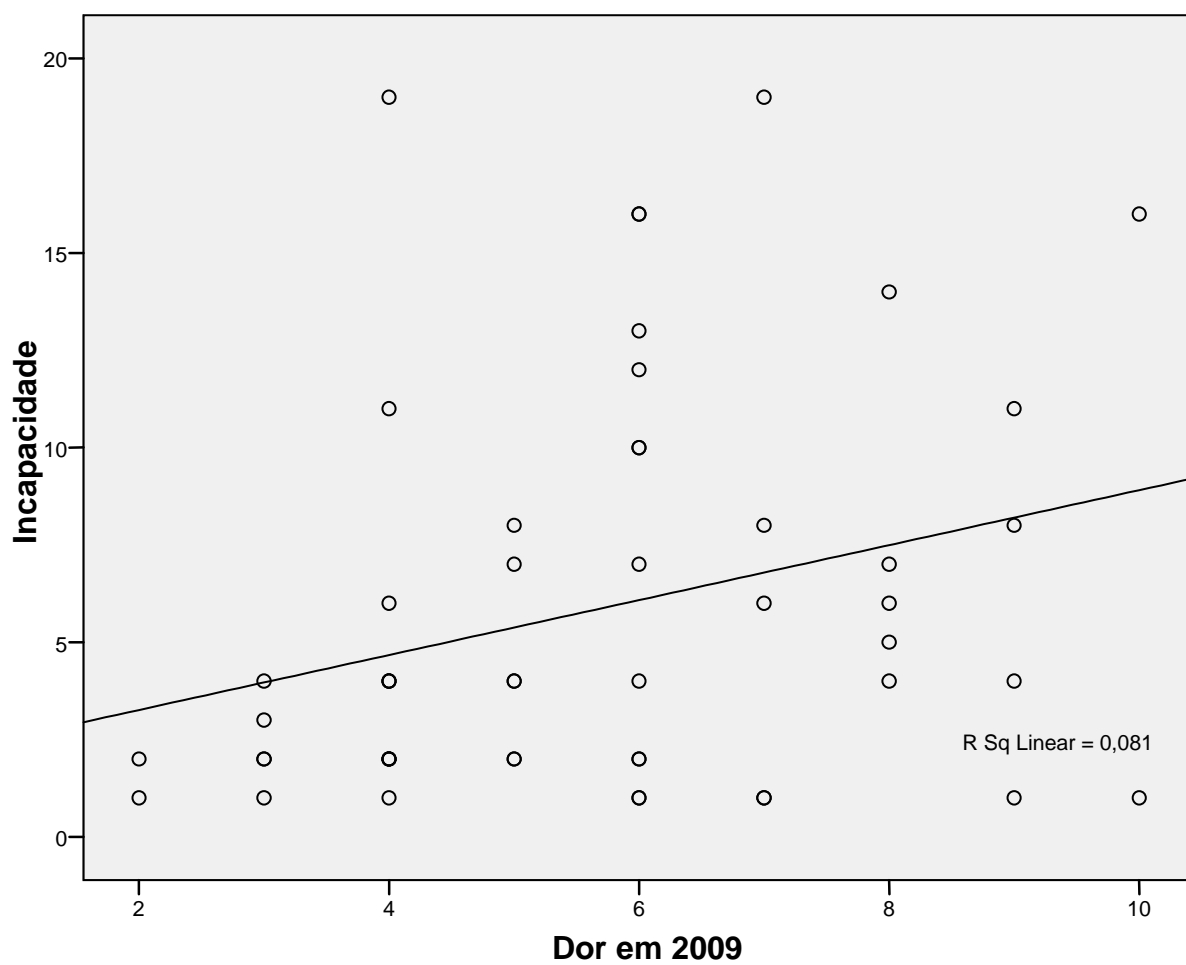
APÊNDICE 17- *Normalidade, diagrama de dispersão e Correlação de Spearman´s das variáveis incapacidade e a dor percebida em 2009*

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Dor em 2009	,141	52	,011	,956	52	,051

a. Lilliefors Significance Correction





Correlations

			Incapacidade	Dor em 2009
Spearman's rho	Incapacidade	Correlation Coefficient	1,000	,291*
		Sig. (2-tailed)	.	,036
		N	52	52
	Dor em 2009	Correlation Coefficient	,291*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,036	.
		N	52	52

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ANEXOS

ANEXO 1- *Questionário de incapacidade de Roland e Morris (RMDQ)*

Quando lhe doem as costas, pode ter dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz. Esta lista contém algumas frases que as pessoas utilizam para descrever as suas dores de costas. Quando as ler, pode achar que algumas sobressaem porque se aplicam a si *hoje*. Ao ler a lista, pense em si hoje. Quando ler uma frase que se aplica a si hoje, assinale -a. Se a frase não se aplicar a si, então deixe em branco e passe à seguinte. Lembre -se que só deve assinalar se tiver a certeza que a frase se aplica a si hoje.

Por causa das minhas dores nas costas ou na perna (ciática) *hoje*

1	Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas
2	Mudo frequentemente de posição para pôr as costas numa posição confortável
3	Ando mais devagar do que é costume por causa das minhas costas
4	Por causa das minhas costas não consigo fazer nenhum dos trabalhos que costumo fazer em casa
5	Por causa das minhas costas, apoio-me no corrimão para subir escadas
6	Por causa das minhas costas, deito-me mais frequentemente para descansar
7	Por causa das minhas costas, tenho que me apoiar em qualquer coisa para me levantar dum sofá
8	Por causa das minhas costas, tento que os outros que me façam as coisas
9	Visto-me mais devagar do que é costume por causa das minhas costas
10	Só consigo estar de pé pouco tempo por causa das minhas costas
11	Por causa das minhas costas, tento não me dobrar ou ajoelhar
12	Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa das minhas costas
13	Estou quase sempre com dores nas costas
14	Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das minhas costas
15	Não tenho muito apetite por causa das dores nas costas
16	Tenho dificuldade em calçar as meias (ou collants) por causa das dores nas costas
17	Só consigo andar pequenas distâncias por causa das dores nas costas
18	Durmo menos bem por causa das minhas costas
19	Por causa das dores nas costas, preciso de ajuda para me vestir
20	Estou quase todo o dia sentado/a por causa das minhas costas
21	Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas
22	Por causa das dores nas costas, ando mais irritado/a e mal-humorado/a com as pessoas do que é costume
23	Por causa das minhas costas, subo escadas mais devagar do que é costume
24	Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas

Muito Obrigado pelo tempo que despendeu no preenchimento deste questionário

ANEXO 2- Escala de catastrofização da dor (PCS)

Michael JL Sullivan

Todas as pessoas experienciam situações dolorosas em alguma altura das suas vidas. Essas experiências dolorosas podem ser dores de cabeça, dores de dentes, dores musculares ou das articulações. As pessoas são frequentemente expostas a situações que podem causar dor como por exemplo, uma doença, uma lesão ou um procedimento cirúrgico.

Gostaríamos de saber os tipos de pensamento e sentimentos que tem sempre que experiência dor. Em baixo encontram-se listadas treze afirmações descrevendo diferentes pensamentos e sentimentos que podem estar associados à dor. Utilizando a escala que se segue, indique por favor em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando sente dor.

0	Nunca	1	Poucas vezes	2	Algumas vezes	3	Muitas vezes	4	Sempre
---	-------	---	--------------	---	---------------	---	--------------	---	--------

Quando tenho dor.....

- 1 ☐ Preocupo-me constantemente sobre quando terminará a dor.
- 2 ☐ Sinto que não sou capaz de continuar assim
- 3 ☐ É terrível e penso que nunca irá melhorar nem um pouco
- 4 ☐ É horrível e sinto que isso me domina.
- 5 ☐ Sinto que não consigo aguentar mais
- 6 ☐ Fico com medo que a dor se torne pior.
- 7 ☐ Penso continuamente noutras situações dolorosas.
- 8 ☐ Desejo ansiosamente que a dor desapareça.
- 9 ☐ Parece que não posso afastar a dor do meu pensamento.
- 10 ☐ Penso constantemente sobre o quanto me dói.
- 11 ☐ Penso constantemente sobre o quão desesperadamente quero que a dor acabe.
- 12 ☐ Não há nada que eu possa fazer que reduza a intensidade da minha dor.
- 13 ☐ Eu pergunto a mim mesmo se algo de grave poderá acontecer.

...Total

Adaptado e validado para a população Portuguesa por Ana Catarina Jácome e Eduardo Cruz.
Área

Disciplinar da Fisioterapia. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal.
Dezembro de 2004

ANEXO 3- *Questionário de crenças de medo evitamento(FABQ)*

Em seguida, estão algumas das coisas que outros doentes disseram a respeito da sua dor.

Para cada frase, por favor, assinale com uma cruz num dos números de 0 a 6, de forma a indicar o quanto actividades físicas tais como, dobrar-se, levantar objectos, andar ou guiar, afectam ou podem vir a afectar a sua dor nas costas.

	Discordo completamente		Não tenho a certeza			Concordo completamente	
	0	1	2	3	4	5	6
1 - A minha dor foi causada por actividade física	0	1	2	3	4	5	6
2- A actividade física faz piorar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6
3-A actividade física pode afectar as minhas costas	0	1	2	3	4	5	6
4-Eu não devo fazer actividades físicas que fazem (poderão fazer) piorar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6
5- Eu não posso fazer actividades físicas que fazem (poderão fazer) piorar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6

As frases seguintes referem-se ao modo como a sua actividade profissional/ trabalho afecta ou poderá afectar a sua dor nas costas.

	Discordo completamente		Não tenho a certeza			Concordo completamente	
	0	1	2	3	4	5	6
6- A minha dor foi causada pelo meu trabalho ou por um acidente de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
7- O meu trabalho fez agravar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6
8- O meu trabalho é muito pesado para mim	0	1	2	3	4	5	6
9- O meu trabalho faz ou poderá vir a fazer com que a minha dor piore	0	1	2	3	4	5	6
10- O meu trabalho pode afectar as minhas costas	0	1	2	3	4	5	6
11- Actualmente, com esta dor, eu não deveria fazer o meu trabalho normal	0	1	2	3	4	5	6
12- Eu não consigo fazer o meu trabalho com a dor que tenho actualmente	0	1	2	3	4	5	6
13- Eu não posso continuar o meu trabalho normal enquanto a minha dor não for tratada	0	1	2	3	4	5	6
14- Eu penso que não poderei voltar ao meu trabalho normal nos próximos 3 meses	0	1	2	3	4	5	6
14 a)- Eu não acredito que vou voltar ao meu trabalho normal nos próximos 3 meses	0	1	2	3	4	5	6
15- Eu penso que nunca poderei voltar ao meu trabalho normal	0	1	2	3	4	5	6
15 a)- Eu não penso que seja alguma vez capaz de voltar ao meu trabalho normal	0	1	2	3	4	5	6

Muito Obrigado pelo tempo que despendeu no preenchimento deste questionário

